

2

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen : M. LANDOUZY.

Professeurs

Anatomie	MM. NICOLAS.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL.
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS.
Histologie	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	AUGUSTE BROCA.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	MARFAN.
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE.
	ROGER.
	DEBOVE.
Clinique médicale	LANDOUZY.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	HUTINEL.
Maladies des enfants	GILBERT BALLET
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEJERINE
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET.
Clinique chirurgicale.	QUENU.
	RECLUS.
	HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
	BAR.
Clinique d'accouchements	PINARD.
	Ribemont-Dessaignes.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LÉPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET(A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBÉ (H.)	MULON	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	ZIMMERN
GRÉGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1914

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

MICHEL POLONOVSKI

LICENCIÉ ÈS-SCIENCES PHYSIQUES

Contribution à l'étude

de la

Sciastique radriculaire

Travail du service du Professeur DÉJERINE à la Salpêtrière

Président : M. DÉJERINE, professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

I, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

1914

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DÉJERINE

Professeur de Clinique des Maladies nerveuses

Médecin de la Salpêtrière

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la légion d'honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD (1910-1911)

Externat

MONSIEUR LE DOCTEUR MONTHUS (1911-1912)

MONSIEUR LE PROFESSEUR THIERY (1912-1913)

MONSIEUR LE DOCTEUR LESNÉ (1913-1914)

MONSIEUR LE PROFESSEUR DÉJERINE (1914)

Interne provisoire de Juillet à Décembre

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUVIÈRE

MESSIEURS LES DOCTEURS MONNET, GERNEZ, REGNARD,
MILHIT

A MON CHER MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DESGREZ

Professeur de Chimie médicale

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

Dans le courant de l'année, malheureusement inachevée, que nous avons passée, au début comme externe, et depuis quatre mois comme interne provisoire dans le service de M. le professeur Déjerine, nous avons souvent eu l'occasion, soit aux vivantes leçons magistrales de notre maître, soit à la consultation si fréquentée de la clinique Charcot, de voir de nombreux cas de sciatique radiculaire. Depuis de longues années M. le Professeur Déjerine, tant dans son enseignement que dans de nombreuses publications faites avec ses élèves, a révélé le rôle joué en pathologie nerveuse par les radiculites en général et a insisté particulièrement sur les radiculites sciatiques, sur leur fréquence, sur leur étiologie presque toujours syphilitique et sur la nécessité d'un traitement précocement institué.

Nous avons observé nous-même plusieurs cas de sciatique radiculaire et notamment plusieurs formes de sciatique dissociée à prédominance de troubles paralytiques.

Nous nous sommes proposé d'étudier les différentes dissociations radiculaires, sensitives ou motrices, et surtout nous avons tenu à montrer le nombre considérable de
Polonovski. 1

radiculites sciatiques encore ignorées de beaucoup de praticiens et qu'un diagnostic précoce permettrait de guérir au début de l'évolution spécifique.

« Il est vraisemblable, écrivaient MM. Déjerine et Beaudouin (1), en 1911, que l'existence des radiculites apparaîtra de plus en plus fréquente à mesure que l'on dépistera même leurs formes frustes et légères. » Et certes, cette prévision ne pouvait s'appliquer mieux à aucune autre radiculite qu'à la sciatique radiculaire. Le nombre de radiculites légères uniquement caractérisées par une hypoesthésie, que seul un examen méthodique et consciencieux du malade permet de déceler, et par une abolition ou une diminution du réflexe achilléen que l'on a confondues avec des sciatiques névrites ou névralgiques, est considérable.

« Depuis que l'attention des neurologistes a été attirée sur ce point nous avons systématiquement recherché la radiculite. Très souvent nous l'avons rencontrée aux membres inférieurs. Si l'on compare même les cas de radiculite à ceux de polynévrites, nous avons plus fréquemment rencontré la radiculite que la névrite périphérique localisée à un nerf (la polynévrite infectieuse généralisée mise à part). « Nous avons été beaucoup plus souvent en présence d'une radiculite des membres inférieurs que d'une sciatique vraie (2). »

Nous n'avons relevé dans la bibliographie qu'une soixantaine d'observations de sciatique radiculaire caractéristique : ce petit nombre tient certainement à ce que la notion de

(1) DEJÉRINE et BEAUDOUIN, *La pathologie radiculaire* (Paris Médical, 1911, p. 386).

(2) MIRALLIÉ, *Progrès Médical*, 1908, p. 13.

radiculite n'est pas encore suffisamment connue et que les nombreux cas des formes à prédominances de troubles sensitifs passent inaperçus ou se confondent encore avec les névrites ou les névralgies sciatiques.

Au moment où, par cette thèse, la Faculté veut bien consacrer nos efforts et tout le travail que nous avons fourni depuis le début de nos études, alors que, dans les circonstances actuelles, cette consécration va coïncider pour nous avec notre départ pour un théâtre plus rapproché des opérations de guerre, alors que nous nous proposons d'appliquer de suite, de notre mieux et avec tout notre zèle, tout notre dévouement et toute notre patriotique abnégation, les quelques connaissances que nous venons d'acquérir, nous voulons remercier ici tous ceux à qui nous les devons.

Qu'il nous soit permis tout d'abord d'adresser à notre premier maître, M. le Professeur Desgrez, toute notre gratitude pour l'aide si bienveillante et si paternelle qu'il a toujours bien voulu nous prodiguer et l'expression de notre plus profonde reconnaissance.

Nous remercions nos maîtres, nos premiers initiateurs de l'Art et de la Science médicale, M. le Professeur Achard chez qui, tout jeune bénévole, nous avons fait nos premières armes, et M. le Professeur Thiéry, à qui nous tenons à adresser nos profonds remerciements pour toute la bonté qu'il a toujours eue pour nous.

Nous gardons un précieux souvenir de l'année que nous avons passée chez M. le docteur Monthus et le remercions chaleureusement de son amical enseignement qui nous a déjà rendu tant de services.

Nous avons eu l'heureuse fortune d'être l'externe de

M. le Dr Lesné et le remerciens des bonnes notions de clinique qu'il nous a données.

Mais qu'il nous soit surtout accordé d'adresser ici à M. le Professeur Déjerine l'expression de la profonde reconnaissance que nous lui devons pour son enseignement si lumineux, pour les bons conseils qu'il nous a toujours donnés et surtout pour l'inépuisable bonté avec laquelle notre maître aimé et respecté a bien voulu nous guider pendant l'année que nous venons de passer à la Salpêtrière et au cours de ce présent travail.

Nous prions M^{me} Déjerine de bien vouloir nous permettre de lui adresser également, avec nos respectueux hommages, l'expression de nos chaleureux remerciements.

Paris le 7 décembre 1914.

DÉFINITION

La sciatique radiculaire, différenciée de la sciatique tronculaire, à la suite des observations du professeur Déjerine et de ses élèves, MM. Gauckler et Roussy, Lortat Jacob et Sabareanu, a vu son cadre nosologique dépasser celui de la sciatique ordinaire. La complexité même des racines qui vont concourir à former le tronc du nerf sciatique, les connexions et les anastomoses de ces racines avec le plexus lombaire et le plexus sacré nous obligent à décrire, à côté de la sciatique radiculaire simple, des formes cliniques qui relèvent soit d'une radiculite lombaire, soit encore plus fréquemment d'une radiculite sacro-coccygienne; aussi proposerons-nous la définition suivante.

La sciatique radiculaire est un syndrome réalisé par une lésion de nature infectieuse ou toxique portant sur une ou plusieurs racines du plexus lombo-sacré.

Ainsi délimitée, la sciatique radiculaire n'englobera pas les cas dans lesquels la dégénération des racines sera secondaire à une lésion des nerfs périphériques, ou à celles des centres de la moelle : nous éliminons également ainsi

les lésions traumatiques des racines consécutives à une fracture du sacrum ou à une plaie par arme à feu.

André Thomas, faisant justement remarquer que le nerf crural ou le nerf obturateur peuvent avoir également leurs racines atteintes par la radiculite qui lèse le nerf sciatique, préfère substituer au terme de sciatique radiculaire la dénomination déjà proposée par MM. Camus et Sezary de radiculite de membre inférieur.

Tout en reconnaissant la justesse de cette remarque, nous préférons conserver la désignation de sciatique radiculaire, pour mieux mettre et laisser en évidence que ce n'est pas là une nouvelle affection, mais bien une des formes et des plus communes de ce qui a toujours été dénommé « sciatique ».

HISTORIQUE

C'est par l'étude systématique des troubles de la sensibilité objective que la notion des sciaticques radiculaires se fit jour et que de nouvelles lumières sur l'étiologie, la pathogénie et le traitement vinrent éclairer l'histoire confuse de la sciatique essentielle.

Depuis fort longtemps l'existence de ces troubles de sensibilité avait été remarquée. Rousset, en 1834, Gauthier de Saint-Martin en 1839, Notta (1) surtout en 1854 les constatèrent. Lagrelette (2) en parle incidemment, Trousseau (3) remarque dans les sciaticques longues et rebelles que l'anesthésie remplace l'hyperesthésie du début.

Mais ce n'est que Hubert Valleroux qui, en 1870, se rendit réellement compte et de leur fréquence et de leur importance. Après lui de nombreux observateurs continuent à mentionner ces troubles mais sans plus y attacher de valeur

(1) NOTTA, *Etude sur les troubles de la sensibilité et de la motilité dans les névralgies* (Archives générales de Médecine, 1854).

(2) LAGRELETTE, *Etiologie historique et thérapeutique de la sciatique* (Thèse, Paris, 1869).

(3) TROUSSEAU, *Leçons sur les névralgies* (in Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu).

spéciale. Nonne (1), en 1886, publie un cas de sciatique gauche avec dégénérescence limitée aux muscles du mollet et diminution de la sensibilité aux contacts délicats et aux piquûres légères.

Lefebvre (2) dans sa thèse étudie avec soin les troubles de sensibilité objective dans les sciatiques d'origine traumatique, mais c'est Guinon et Parmentier (3) qui signalent les premiers une observation très complète d'une paralysie dissociée des muscles de la loge antéro-externe de la jambe avec intégrité relative des péroniers latéraux et anesthésie à la face postérieure de la cuisse et de la jambe, à la face externe de la jambe et à la face plantaire et dorsale du pied.

Phulpin (4) et, huit ans plus tard, Dubarry (5) décrivent des zones d'anesthésie ; ils signalent l'un et l'autre des zones circonscrites, constatent bien que ces zones répondent quelquefois à la limitation du territoire cutané d'une branche du Sciatique, mais que bien plus souvent elles englobent plusieurs de ces territoires d'une façon que la pathogénie n'explique pas suffisamment. Le problème se posait alors de la façon suivante. Quel peut être le siège d'une lésion qui produit des troubles dans un territoire limité ne relevant ni d'une distribution périphérique, ni de la totalité du nerf ?

(1) NONNE, *Entartungs reaction bei primaerer Ischias* (Berl. Klin. Woch., 1886, p. 844).

(2) LEFEBVRE, *Des paralysies traumatiques des membres inférieurs*, Paris, 1867.

(3) GUINON et PARMENTIER, *Sur une complication de la sciatique* (Arch. de Neurologie, 1890, p. 161).

(4) PHULPIN, *La sciatique* (Thèse de Paris, 1895).

(5) DUBARRY, *Contribution à l'étude de la sensibilité cutanée dans la sciatique* (Thèse, Paris, 1903).

La réponse devait être donnée par les travaux des physiologistes d'une part, comme Ferrier et Geo, Paul Bert, Sherrington qui montrèrent la constance des distributions des racines rachidiennes antérieures et postérieures et, d'autre part, par les travaux d'Erb, de M^{me} Déjerine-Klumpke, qui isolèrent les paralysies radiculaires d'origine traumatique. Bientôt on remarqua que des troubles à topographie radiculaire survenaient « spontanément » sans origine traumatique ou de compression médullaire. C'est à M. le professeur Déjerine que nous devons la notion clinique des radiculites, et l'historique de la sciatique radiculaire vient, à partir de ce moment, se confondre avec l'histoire des radiculites, presque entièrement écrite dans le service de la Salpêtrière par M. Déjerine et ses élèves.

MM. Gauckler et Roussy (1) signalent un cas de sciatique radiculaire à la Société de Neurologie : l'existence d'une syphilis antérieure, la présence d'une légère lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, la diminution du réflexe rotulien du côté malade et surtout la reconnaissance de troubles de la sensibilité objective à topographie radiculaire dans le domaine des trois premières racines lombaires différencient nettement ce cas des sciatiques tronculaires : l'existence de la sciatique radiculaire est depuis lors cliniquement reconnue et cataloguée.

MM. Lortat Jacob et Sabareanu (2) publient peu après un cas analogue où la motilité est légèrement diminuée avec des troubles d'anesthésie dans le territoire des deux pre-

(1) ROUSSY et GAUCKLER, *Sciatique à topographie radiculaire* (*Rev. de Neurologie*, 1904, p. 617).

(2) LORTAT, JACOB et SABAREANU, *Sciatique radiculaire unilatérale* (*Presse Méd.*, 5 oct. 1904).

mières racines sacrées et d'hypoesthésie des cinq racines lombaires.

L'année suivante parut dans la *Revue de Médecine* le premier mémoire sur la sciatique radiculaire des mêmes auteurs avec quatre nouvelles observations, toutes quatre avec une bande d'anesthésie ou d'hyperesthésie douloureuse sur la face externe du membre, abolition du réflexe achilléen et amélioration rapide par le traitement antisyphilitique. Gavazenni (1) publie en même temps un cas de sciatique radiculaire droite chez un syphilitique ($L_1L_2L_3L_4L_5-S_1S_2$) qui se trouve entièrement reproduite dans la thèse de Rousselier (2). Bertheol, en 1906, rapporte, en outre, trois nouvelles observations avec scoliose homologue, dues probablement à la syphilis. Camus et Sezary présentent à la Société de Neurologie, en décembre 1906, un nouveau cas de radiculite sensitive et motrice.

Stroesen, dans sa thèse, ajoute une nouvelle observation (Bucarest, 1907). Rousselier réunissant les documents antérieurement publiés, y ajoutant 8 observations inédites, dégage dans sa thèse les caractères propres à la radiculite sciatique syphilitique.

En 1907, Raymond et Oppert (3) présentent un nouveau cas sous le nom de méningoradiculite. En 1908, P. Camus, reprenant l'étude des radiculites, publie dans sa thèse huit nouvelles observations de radiculites sciatiques.

Depuis les cas de sciatique radiculaire publiés par les

(1) GAVAZENNI, *Il Policlinico*, août 1905.

(2) ROUSSELIER, *Troubles de la sensibilité dans la sciatique radiculaire* (Thèse de Paris, 1907).

(3) RAYMOND et OPPERT, *Soc. de Neurologie*, 7 février 1907.

élèves de M. Déjerine, Clarac, Quercy, Tinel, Regnard, Pelissier, Krebs ont été assez nombreux et nous les étudierons en détail, en montrant la disposition radiculaire non seulement des troubles de sensibilité objective, mais encore des troubles de la motilité.

C'est tout particulièrement à ces cas accompagnés de paralysies dissociées de certains muscles, qui s'expliquent par une lésion élective de une ou deux racines du nerf sciatique, que M. le Pr Déjerine a donné le nom de sciatique radiculaire dissociée.

La première observation de sciatique radiculaire avec dissociation des troubles moteurs semble être celle de MM. Camus et Sezary (jambier antérieur et extenseur propre du gros orteil), en décembre 1906.

Nous trouvons ensuite le cas de MM. Jeanselme et Sezary (triceps crural et jambier antérieur), puis, dans la thèse de P. Camus, un cas de paralysie unique de l'extenseur des orteils ; depuis les dernières années, les observations de paralysies dissociées, présentées à la Société de Neurologie par les élèves de M. le Pr Déjerine, sont particulièrement nombreuses. Nous avons nous-même eu l'occasion d'observer trois cas nouveaux très caractéristiques de dissociation paralytique portant, la première sur le jambier antérieur et les extenseurs communs et propres des orteils, la deuxième sur le groupe antéro-externe de la jambe dans sa totalité et la troisième sur les péroniers et les extenseurs des orteils.

Ces sciatiques dissociées sont des plus intéressantes pour établir l'origine radiculaire de ces affections ; nous les retrouverons plusieurs fois au cours de cette étude. A côté

des cas typiques de sciatique radiculaire proprement dite, divers auteurs ont présenté des radiculites du membre inférieur, soit lombaire et de nature syphilitique, comme dans le cas de MM. Jeanselme et Sezary (1), ou de nature tuberculeuse, comme dans le cas publié par MM. Mosny et Malloizel (2), ou bien encore des radiculites sacro-coccygiennes (Laignel, Lavastine et Verliac (3).

L'étiologie de quelques cas de sciatique radiculaire non syphilitique a pu être entièrement élucidée, et nous devons à MM. Déjerine et Tinel un cas de radiculite à méningocoque, à MM. Tinel Gastinel et M^{lle} Goldenfan l'étude des sciatiques radiculaires tuberculeuses. Signalons enfin quelques observations de radiculites blennorragiques (Lortat, Jacob et Salomon) (4) radiculite saturnine (Mosny et Malloisel (5), radiculite puerpérale (Baudouin et Roger), due à l'influenza (Mirallié), à la dysenterie (Perret) ou au rhumatisme (Chipault Laroche).

(1) JEANSELME et SEZARY, *Soc. de Neurologie*, 4 juillet 1907.

(2) MOSNY et MALLOIZEL, *Soc. Méd. des hôpitaux*, 9 novembre 1907,

(3) LAIGNEL, LAVASTINE et VERLIAE, *Soc. de Neurologie*, 6 février 1908.

(4) LORTAT, JACOB et SALOMON, *Soc. Méd. des hôpitaux*, 28 juin 1907.

(5) MOSNY et MALLOISEL, *Revue de Médecine*, 1907.

SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE

L'étude clinique des sciaticques radiculaires permet de dégager et de grouper des symptômes communs à toutes les formes, symptômes qui justifient par leur constance et leur individualité la création d'un type clinique nettement différencié.

Début. — Le début de la sciatique peut être brusque ou insidieux et, à l'interrogatoire des malades, il semble que l'on peut séparer des formes à début rapide, presque foudroyant et d'autres à début lent et progressif. Mais si l'on interroge le malade de plus près, si on a soin d'attirer son attention sur de petits phénomènes douloureux qui ne l'avaient pas suffisamment frappé, on constate presque toujours, antérieurement à l'épisode aigu auquel le malade fait remonter son état actuel, une phase prodromique plus ou moins accentuée.

Phase prodromique. — Les prodromes consistent le plus souvent en un fourmillement, dans la jambe, intermittent, disparaissant après un peu d'exercice ; quelquefois c'est un

engourdissement de tout le membre inférieur, ou bien encore un endolorissement de la région lombaire. Peu à peu, de jour en jour, quelquefois de semaine en semaine, lentement et progressivement ces douleurs augmentent d'intensité et brusquement, le plus souvent au réveil, la douleur devient paroxystique, analogue à de véritables douleurs en éclair des radiculalgies. Très souvent le début brusque survient chez des personnes qui, quelques mois ou quelques années auparavant, ont fait une crise plus ou moins aiguë de sciatique qu'elles ont cru définitivement guérie.

Quelle que soit la phase prodromique antérieure, c'est toujours par des phénomènes de sensibilité subjective que débute la sciatique radiculaire. On peut presque toujours distinguer deux périodes, dans les phénomènes douloureux. Une première période, caractérisée par des douleurs siégeant dans la région lombaire, douleurs à caractère paroxystique, véritables douleurs fulgurantes, exaspérées par le moindre effort et une deuxième, pendant laquelle ces douleurs lombaires ont totalement ou presque entièrement disparu et où l'on observe, par contre, sur le trajet du nerf sciatique, une douleur continue, exagérée par les mouvements et les efforts, à exaspération nocturne.

Première période. — Le plus souvent, comme nous l'avons vu, après une période prodromique, quelquefois à l'occasion d'un refroidissement ou à la suite d'un effort, très souvent d'une quinte de toux, la douleur éclate brusquement tout d'abord dans la région lombaire :

Fréquemment c'est au milieu de la nuit que la crise survient, dramatique, et la douleur est parfois si intense,

semblable souvent à « une décharge électrique » que le diagnostic de colique néphrétique ou appendiculaire a pu être souvent posé par erreur par le médecin mandé en toute hâte.

A ce moment, en effet, les symptômes subjectifs forment seuls le tableau clinique : il est bien rare qu'une exploration même soigneuse puisse mettre les points de Valleix ou le signe de Lasègue en évidence. La motilité n'est ordinairement pas encore touchée et seule la douleur la limite.

Mais une analyse attentive de cet unique symptôme suffit déjà à arrêter le diagnostic :

Son siège caractéristique, ses irradiations et surtout l'existence presque constante d'un signe bien mis en évidence par M. le professeur Déjerine (1), c'est-à-dire l'atroce exacerbation produite par le moindre effort (toux, éternuement tout particulièrement) impose le diagnostic de radiculite sciatique. Cette exaspération est telle que le malade n'ose plus se mouvoir, et que, s'il se sent obligé de tousser, il replie son membre, la jambe fléchie sur la cuisse et la cuisse sur le bassin ; tenant son genou à pleine main et fléchissant la tête sur la poitrine, il se met en boule, se recroqueville, se fait le plus petit possible pour immobiliser son abdomen et tenter d'enrayer ainsi la propagation de l'ébranlement de sa toux à ses racines malades. M. Sicard a justement insisté sur la douleur provoquée par la toux, M. Chipault sur celle occasionnée par la défécation.

(1) DÉJERINE, LEENHARDT et NORERO, *Revue de Neurologie*, 1905, p. 640.

Deuxième période. — Au bout d'un temps plus ou moins long, quelques heures ou quelques jours, ces douleurs s'atténuent, tandis que s'installent des irradiations douloureuses le long du trajet du nerf sciatique, douleurs qui prennent un nouveau caractère, sourdes et continues, exagérées quelquefois par la pression le long du trajet nerveux, quoique les points de Valleix soient beaucoup moins constants et bien moins sensibles que dans la sciatique tronculaire.

Le signe de Lasègue est par contre généralement positif.

La douleur peut aussi être réveillée par la pression de points spéciaux, « apophysaires ou juxta-apophysaires » dont l'existence a bien été mise en relief, surtout (il est vrai dans les radiculités cervicobrachiales), par Lortat Jacob et Laroche (1) et qui d'après Gara (2) seraient à la sciatique radiculaire ce que les points de Valleix sont à la sciatique tronculaire.

Ces points seraient surtout localisés aux 4^e et 5^e lombaires. On constate fréquemment des douleurs controlatérales : on les provoque, d'une manière générale, dans le membre malade en faisant exécuter certaines manœuvres au membre sain, manœuvres qui ont pour effet de tirailler les cordons nerveux malades, grâce à l'élongation des cordons nerveux du côté sain.

Un grand nombre de signes ont été décrits par différents auteurs, en partant de ce principe :

Le signe de Bechterew qui consiste en l'impossibilité d'étendre et de maintenir simultanément étendues les deux

(1) LAROCHE, *Valeur de la topographie radiculaire dans les névralgies du membre supérieur* (Thèse de Paris, 1907).

(2) GARA, *Soc. de Méd. int. et pédiatrie de Vienne*, février 1907.

jambes (1), signe de Bonnet (douleurs dans l'adduction), signe de Moutard-Martin, signe de Kernig et même le signe de Lasègue, tous provoquant le réveil ou l'exacerbation de la douleur par l'élongation du nerf, ont été récemment étudiés dans les sciaticques par M^{lle} Zizina (2) qui conclut à l'existence de ces signes *croisés* dans tous les cas de lésion radiculaire.

Les douleurs rendent la marche difficile, indépendamment de tout trouble de la motilité : l'extension de la jambe, la pression du pied sur le sol, surtout au niveau du talon, sont très douloureuses et provoquent l'attitude spéciale, hanchée, bien connue du malade atteint de sciatique.

M. le professeur Déjerine a beaucoup insisté ces derniers temps sur des troubles divers, subjectifs, auxquels on a donné le nom d'acroparesthésie et qui, quoique beaucoup plus fréquemment observés aux membres supérieurs ont été également notés dans les radiculites du membre inférieur.

Les malades accusent, en effet, très fréquemment des sensations paresthésiques diverses : fourmillement, picotement, sensation de froid, qui semblent parfois affecter déjà une distribution radiculaire.

Mais ce qui caractérise surtout la sciatique radiculaire, c'est la topographie des troubles sensitifs et moteurs.

Les troubles de la sensibilité objective et plus spécialement de la sensibilité superficielle, qui consistent le plus généralement en hypoesthésie, quelquefois anesthésie, plus rarement hyperesthésie, tactile, douloureuse et ther-

(1) BECHTEREW, *Revue de Psychiatrie, de Neurologie et de Psychologie expérimentale*, 1907, p. 210.

(2) M^{lle} ZIZINA, *Thèse de Montpellier*, 1911.

mique affectent une distribution radiculaire que nous nous proposons d'étudier dans ce travail. Comme nous aurons l'occasion de le montrer, les sensibilités profondes sont souvent touchées, mais à un degré beaucoup moindre que les superficielles.

Les troubles moteurs ne sont pas aussi constants, et beaucoup moins nombreuses sont les formes cliniques sensitivo-motrices : ce sont le plus souvent des parésies, quelquefois cependant des paralysies complètes, limitées à un groupe musculaire et s'accompagnant presque toujours d'amyotrophie. L'atrophie musculaire est d'ailleurs presque constante, même dans les formes sensitives seules, lorsqu'elles évoluent depuis un certain temps.

Nous étudierons les différentes dissociations musculaires que l'on rencontre en clinique, dissociations radiculaires relevant le plus souvent de lésions des racines antérieures homologues des racines postérieures atteintes. Les troubles des réflexes, sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir, sont presque de règle.

Des troubles trophiques, ichtyose, cyanose, troubles vaso-moteurs sont fréquents sur les territoires radiculaires malades.

Scoliose. — La scoliose, si fréquemment rencontrée au cours de la sciatique, semble être encore plus souvent notée au cours des sciatiques radiculaires : sa direction est homologue dans 13 cas sur 28 (1) : la pathogénie de cette scoliose est très discutée : dans le cas restreint de sciatique radiculaire, il semble indispensable de faire jouer à la

(1) LORTAT, JACOB et SABAREANU, *La sciatique*, 1913, p. 132.

compression des racines un rôle prépondérant dans la production de ce phénomène.

Il semble que, de même que le malade fléchit la jambe sur la cuisse pour relâcher son sciatique, la colonne vertébrale s'inclinerait pour relâcher les racines et diminuer ainsi la douleur du sujet (1). Pour Plate (2), ce sont des propagations au plexus lombaire qui expliquent la névralgie des racines musculaires du psoas iliaque. Ce dernier résiste à l'extension à cause de la douleur et l'articulation de la hanche se maintient un peu fléchie : comme elle ne peut rester dans cette position à cause de la douleur qui survient lors de la contraction du psoas, elle ne peut servir de soutien. Le bassin prend une position oblique à cause de la flexion réflexe de la jambe sur la cuisse du côté malade. Le sujet, pour se maintenir en équilibre, est obligé d'adopter une attitude scoliotique qui se fixe.

Zona. — Nous aurons encore l'occasion, au cours de cette étude, d'observer l'apparition d'éruptions vésiculeuses à distribution radiculaire, véritable zona, soit le long d'un territoire lombaire, soit plus rarement le long d'une racine sacrée.

(1) NICOLADONI et WIENER, *Méd. Presse*, 1886, nos 26-27.

(2) PLATE, *Deutsch. med. Woch.*, 1911, p. 216.



ANATOMIE MÉDICALE

La sciatique radiculaire se présente en clinique sous de multiples formes. Nous étudierons tout d'abord celles qui relèvent d'une lésion portant uniquement sur les racines du nerf sciatique ; nous aborderons ensuite l'étude des formes associées : radiculites lombaires et radiculites sacro-coccygiennes. Nous examinerons enfin les modalités que les différentes étiologies peuvent imprimer au tableau clinique en en modifiant l'évolution.

Mais il nous paraît utile de rappeler brièvement les notions d'anatomie médicale et de topographie radiculaire de l'innervation du membre inférieur.

Toutes les indications de topographie sensitive ou motrice, que nous aurons l'occasion de donner dans le courant de cette étude, sont toutes rapportées aux schémas radiculaires de la sémiologie du système nerveux de M. le Pr Déjerine (1914). Nous nous sommes permis, car nous l'avons cru nécessaire, de substituer, dans les observations publiées antérieurement à ces schémas, les nouvelles distributions à celles qui étaient faites d'après les anciennes figures de Thorburn, Kocher ou Head.

Il nous a semblé indispensable, en effet, pour pouvoir comparer entre elles toutes les observations prises de sciatique radiculaire et en tirer des conclusions utiles, d'unifier les différentes attributions radiculaires, et les schémas du Pr Déjerine nous ont à juste titre paru se conformer le mieux aux distributions observées en clinique.

Anatomie médicale. — Le sciatique provient de la réunion des branches antérieures de la V^e racine lombaire et d'une anastomose de la IV^e lombaire et des branches antérieures des quatre premières racines sacrées; toutes ces racines s'accolent en faisceau et l'on comprend déjà combien cette disposition permet les propagations qui peuvent en résulter des unes aux autres : les racines contractent, au niveau des trous de conjugaison, des rapports intimes avec les méninges qui leur forment un collier et, après leur sortie des trous de conjugaison, se divisent en branches antérieures et postérieures.

C'est à la partie accolée des racines, comprise entre l'orifice de la dure-mère et le pôle supérieur du ganglion rachidien, au point où la racine postérieure l'aborde, que l'on donne le nom de *nerf radiculaire*, siège des lésions de radiculite, dont la pathogénie et l'étiologie ne peuvent être comprises que par la connaissance des connexions anatomiques de cette région. Le nerf radiculaire est, en effet, accompagné d'une gaine méningée depuis sa sortie de la dure-mère. Celle-ci forme par invagination une enveloppe qui se termine, plus ou moins loin, en s'accolant, se fusionnant au névrilème au voisinage du pôle supérieur du ganglion rachidien; les deux racines

sont toujours séparées par une expansion de cette gaine.

L'arachnoïde formant également une gaine aux racines, il en résulte que les espaces sous-arachnoïdiens se prolongent sur le nerf radiculaire, qui est ainsi baigné de liquide céphalo-rachidien jusqu'au niveau du pôle supérieur du ganglion. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce point capital, à propos de l'anatomie pathologique de la sciatique radiculaire.



FIG. 1.
Topographie des sensibilités radiculaires.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le nombre d'autopsies pratiquées à la suite de radiculites du membre inférieur étant très restreint, c'est surtout à l'aide de considérations théoriques et d'analogies basées sur l'anatomie normale des gaines radiculaires, que nous avons rapidement esquissée à la fin de la symptomatologie, que l'on a pu élucider le mécanisme de la pathogénie de ces lésions.

Le cas de Tinel et Gastinel au cours d'une pachyméningite tuberculeuse et le cas de Laignel-Lavastine et Verliac au cours d'un syphilome de la queue de cheval, sont tous deux malheureusement des radiculites associées où les lésions des racines sont noyées dans un processus méningé étendu.

Nous n'insisterons pas non plus sur les lésions qui consistent en une plaque de méningite localisée à une ou plusieurs racines dans la portion comprise dans la grande cavité méningée : plus intéressantes sont les lésions de la gaine radiculaire.

La gaine de la racine postérieure est plus profonde au niveau des racines lombaires et sacrées que celle des racines antérieures et comme, de plus, la racine postérieure baigne dans le liquide céphalo-rachidien au « point fragile » (Tinel), où elle se divise pour pénétrer dans le ganglion rachidien, on comprend la plus grande fréquence des formes sensitives pures et la prédominance des symptômes sensitifs dans les formes sensitivo-motrices.

Les gaines méningées sont, le plus souvent, plus profondes au niveau des cinquièmes racines lombaires, première et deuxième sacrée, ce qui explique que ce soient là les racines les plus fréquemment touchées.

« A la région lombaire, en effet, la gaine arachnoïdienne atteint presque toujours le ganglion ; elle peut mesurer 8, 10, 15 millimètres, suivant la longueur très variable de la racine. Elle est toujours moins profonde pour les deux ganglions lombaires supérieurs que pour les autres.

« Les deux ou trois premières sacrées reproduisent le type lombaire, mais les racines sacrées inférieures très longues sont plus rarement accompagnées par la gaine jusqu'au ganglion (1). »

La lésion produite au cours de toute infection méningée sera fonction de la profondeur de cette gaine radiculaire ; elle sera également en rapport avec le rôle physiologique de cette gaine, voie d'écoulement du liquide céphalo-rachidien qui va accumuler dans ce cul-de-sac tous les éléments figurés qu'il contient : les endotoxines microbiennes véhiculées par les leucocytes, peut-être aussi les leucocytes

(1) TINEL, *Thèse de Paris*, 1913, p. 15.

eux-mêmes concourent à réaliser une dégénérescence localisée des faisceaux nerveux dans leur gaine radiculaire; puis il se forme une organisation de la gaine, qui devient fibreuse et peut contribuer à rendre la lésion nerveuse irréparable : c'est la phase décrite par Nageotte sous le nom de *névrite transverse radiculaire*.

C'est, en effet, dans les gaines méningées et principalement au niveau de leurs terminaisons que se localisent les lésions qui relèvent des inflammations générales des méninges, et il nous suffit de nous reporter à la description faite par MM. Tinel et Gastinel dans l'observation déjà citée de radiculite tuberculeuse sciatique.

Tinel, dans sa thèse, a bien montré l'identité des deux processus pathologiques du tabès et de la radiculite simple dont la distinction clinique n'a pu se faire que par la différence pronostique, par la virulence atténuée de l'infection méningée, par la hauteur de la localisation avec participation des méninges de la base du crâne, en un mot, par la pluriradiculite et myeloméningoradiculite associée.

Très fréquemment, on trouve des lésions de névrite associées au syndrome radiculaire par dégénérescence wallerienne, ce qui explique souvent les symptômes cliniques de névrite que l'on peut rencontrer juxtaposés aux signes de radiculite pure.

Signalons, enfin, la présence fréquente sur le trajet des gaines radiculaires de foyers de sclérose, de nodules cicatriciels ou même de véritables cavités kystiques analogues à celles que l'on peut trouver dans certains cas de tabès.

L'atteinte isolée des racines lombo-sacrées sans lésion méningée concomitante, n'a guère été rencontrée qu'une seule fois, confirmée par l'autopsie : au cours d'une névrite radiculaire nécropsiée par MM. Vidal et Le Sourd (1).

MM. Philippe et Cestan trouvèrent une infiltration embryonnaire, des exsudats inflammatoires, avec dégénérescence des cylindraxes, les méninges, la moelle et les nerfs paraissant sains. La ponction lombaire pratiquée pendant la vie, n'avait révélé aucune lymphocytose.

Nous rapprocherons de ce cas l'exemple rapporté par Marchand et Alix (2) au cours d'une radiculite sacrée chez une jument, où les lésions, primitivement interstitielles, des racines motrices et sensitives ainsi que des ganglions sacrés existaient seules, sans participation méningée, ni médullaire.

Nous étudierons tout d'abord les formes sensitives pures, puis, après avoir brièvement rappelé les formes rares à prédominance de troubles moteurs, nous aborderons l'étude des formes sensitivo-motrices des sciatiques radiculaires dissociées. Nous terminerons par les formes plus généralisées, lombaires et lombo-sacrocoecygiennes et nous serons alors à même, dans un chapitre d'ensemble, de localiser plus exactement les différentes distributions radiculaires.

(1) VIDAL et LE SOURD, *Soc. Méd. hôp.*, 1902, p. 1046.

(2) MARCHAND et ALIX, *Soc. anatomique*, mai 1906.

FORMES CLINIQUES

FORMES SENSITIVES

Les premières observations de sciatique radiculaire ne comportent aucun trouble de la motilité et, c'est par la topographie seule de la sensibilité objective affectée que la nature radiculaire fut mise en évidence.

L'observation de MM. Gauckler et Roussy porte sur une bande d'hypoesthésie située sur les territoires L_{II} , L_{III} , S_I , mais qui n'occupe que la moitié externe des domaines cutanés de L_{II} , L_{III} , et uniquement la partie supérieure de S_I , n'atteignant ni le cou de pied, ni le pied.

Nous pouvons rapprocher de cette observation un des cas publiés par MM. Lortat, Jacob et Sabareanu (n° 6) et qui comprend une bande d'anesthésie occupant les territoires de la 1/2 externe de L_I , L_{II} , L_{III} , et S_I , et S_{II} , presque en totalité, sauf à la plante du pied.

L'observation n° 3 des mêmes auteurs présente également une grande analogie, par sa bande d'anesthésie bordée

d'hypoesthésie qui occupe les territoires de la 1/2 externe L_1 , de L_{III} , et S_1 , S_{II} , en totalité ainsi que S_{III} .

Nous aurons souvent l'occasion de rencontrer ainsi des bandes d'anesthésie qui n'occupent pas intégralement un territoire radiculaire, mais une fraction, soit externe, soit interne de plusieurs racines consécutives.

Beaucoup mieux limitées sont les zones d'hypoesthésie signalées par Rousselier dans sa thèse (Observation VIII), où le territoire atteint se superpose exactement au territoire S_1 , S_{II} , et par Lortat Jacob et Sabareanu (Observation I), où l'anesthésie occupe également la totalité des territoires S_1 , S_{II} , avec hypoesthésie dans tout le domaine L_1 , L_{II} , L_{III} , L_{IV} , L_V , respectant intégralement S_{III} .

Nous avons nous-même constaté chez une malade du service de M. le Pr Déjerine une bande d'hypoesthésie légère sur les mêmes territoires S_1 , S_{II} .

Une seconde de nos observations porte sur une sciatique radiculaire avec hypoesthésie limitée à L_{IV} , et L_V .

Ce cas est également à rapprocher de l'observation XI de Rousselier où L_{IV} , et L_V , sont partiellement touchées. Ces deux cas sont moins fréquents que ceux où participent les deux premières racines sacrées (cas Camus *Thèse*, p. 64, S_1 , et S_{II} , également p. 66, S_1 , et S_{II} .) La deuxième sacrée est seule prise dans l'observation p. 62 et dans celle de la page 56. La cinquième lombaire participe à l'hyperesthésie des deux premières sacrées dans le cas de la page 60.

Rousselier, dans sa thèse, publie également un cas d'hypoesthésie très forte, limitée à S_1 , S_{II} (observation XII). Son observation VII signale une hyperesthésie de la tota-

lité de S_a , et de la partie supérieure de S_r , les orteils et toute la face plantreuse du pied étant indemne. Nous allons résumer brièvement les observations de sciatique radiculaire sensitive déjà publiées, auxquelles nous ajouterons les deux observations que nous avons recueillies nous-mêmes.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. (MM. Lortat Jacob et Sabareanu) (1) (*résumée*).

Homme 39 ans, très vigoureux. Souffre depuis 6 ans, douleurs spontanées moins intenses, exagérées par efforts et mouvements. Points de Valleix, frustes et atypiques. Signe de Lasègue. Scoliose homologue.

Sensibilité dans tous ses modes diminuée sur membre inférieur gauche. Anesthésie : Bande mince partant du pli fessier gauche, descend sur la face postérieure de la cuisse, contournant la face externe de l'articulation du genou, s'élargit en bande, occupant la moitié externe de la face postérieure et la face externe de la jambe, sur le pied, sur les quatre derniers orteils et la moitié externe de la plante.

Hypoesthésie occupe le reste du membre, sauf la partie interne de la cuisse, de la fesse, la région périnéale et scrotale.

La motilité est diminuée dans l'ensemble du membre.

Réflexes achilléen, patellaire et crémastérien exagérés.

Examen électrique. — Pas de DR. légère inexcitabilité au courant galvanique.

Atrophie du membre et épaissement du tissu celluloadipeux à gauche. Pas de troubles sphinctériens, pas d'Argyll, pas de

(1) LORTAT, JACOB et SABAREANU, *Revue de Médecine*, 1905, p. 919.

Romberg. Rien au rein. Testicule gauche gros, dur, indolore. Syphilis il y a 15 ans. Ethylique.

OBSERVATION II (MM. Lortat Jacob et Sabareanu) (*résumée*).

H... 56 ans, douleurs des membres inférieurs depuis mars 1903, crampes douloureuses ; les douleurs s'aggravent, vient consulter. Sensation de torsion et de brûlure le long du sciatique. Réflexes patellaires exagérés surtout à gauche, achilléens diminués.

Zone d'hyperesthésie à la piqure et thermique suivant une bande commençant à la crête iliaque, occupant la face externe, empiétant légèrement sur les faces antérieure et postérieure de la cuisse et de la jambe. Au pied cette bande externe passe en étrier sur la face dorsale du pied et contourne le bord interne et la face inférieure.

Egalement région hyperesthésique sur la face postérieure du scrotum et sur la face interne de la cuisse gauche, ainsi que la marge gauche de l'anus.

Pas d'Argyll, pas de Romberg, pas de troubles sphinctériens, pas d'ataxie.

Signe de Lasègue. Points de Valleix douloureux.

Rien aux autres organes ; emphysème pulmonaire.

Amélioré par traitement spécifique.

OBSERVATION III (MM. Lortat Jacob et Sabareanu) (*résumée*).

X... 59 ans, douleurs le long du sciatique gauche, térébrantes, par accès jour et nuit.

Signe de Lasègue. Points douloureux de Valleix.

Réflexes rotuliens diminués, achilléen aboli, crémasterien diminué.

Anesthésie ; bande face externe de la cuisse et de la jambe empiétant un peu sur la face antérieure et postérieure du membre. Au pied, face dorsale et plantaire jusqu'au troisième orteil. Limite supérieure : arcade crurale, crête iliaque ; occupe tout le pourtour anal, le périnée, jusqu'à la racine des bourses.

Hyperesthésie borde en dedans cette zone d'anesthésie.

Peau plus chaude et plus rouge sur membre inférieur gauche que sur droit.

Pas d'Argyll, pas de Romberg, pas de troubles sphinctériens.

Douleurs amendées par traitement mercuriel, mais l'anesthésie ne change pas.

OBSERVATION IV (MM. Lortat Jacob et Sabareanu) (*résumée*).

P. M... 42 ans, douleurs dans le membre inférieur gauche, très vives, partant de la plante du pied remontant à la fesse, surtout la nuit.

Réflexes rotuliens diminué à droite et à gauche ; achilléens abolis des deux côtés.

Anesthésie : bande face externe du membre empiétant sur la face antérieure et postérieure. La limite antérieure remonte à un plan passant par l'ombilic en arrière ; elle naît à l'extrémité supérieure du pli interfessier.

Au pied il n'y a que le bord externe et la moitié externe de la face dorsale qui soient anesthésiques y compris la face dorsale des quatre derniers orteils et la moitié externe du gros orteil.

Légère amyotrophie du côté gauche : quelques contractions fibrillaires de la jambe gauche.

Fesse gauche flasque, pli fessier abaissé à gauche.

Sudation plus marquée à gauche qu'à droite.

Pas d'Argyll, pas de troubles sphinctériens.

Signe de Lasègue. Quelques points de Valleix douloureux.
Ethylique.

OBSERVATION V (MM. Lortat Jacob et Sabareanu) (*résumée*).

Emile F... 65 ans, briquetier, entre pour douleurs dans le membre inférieur gauche.

Douleur très vive, plus intense la nuit, partant du gros orteil et remontant jusque dans la fesse.

Signe de Lasègue. Points de Valleix douloureux.

Réflexes rotuliens, exagéré à gauche, normal à droite, achilléens abolis des deux côtés.

Anesthésie : bande prenant moitié externe de la cuisse et antérieure sur une largeur de trois travers de doigt, s'étend jusqu'au condyle interne : en dehors de cette bande et sur toute la face antérieure de la jambe, hypoesthésie en arrière limitée par ligne allant du pli interfessier au bord externe du tendon d'Achille.

Pas d'Argyll, nie la syphilis. Ethylique.

OBSERVATION VI (M. Rousselier) (1) (*résumée*).

Per..., 21 ans, garçon boucher. Sciatique gauche très douloureuse gênant la marche depuis deux mois.

(1) ROUSSELIER, *Thèse de Paris*, Observation, n° 8.

Antécédents héréditaires : rien à signaler. Antécédents personnels : syphilis à 17 ans.

Douleurs continues dans le membre gauche : points de Valleix douloureux.

Signe de Lasègue. Intégrité de la force musculaire. Pas de troubles trophiques. Réflexe achilléen gauche très fort.

Sensibilités superficielles : bande d'hypoesthésie sur le territoire S_I , S_{II} (d'après les schémas radiculaires de la sémiologie du professeur Déjerine). Sensibilité thermique, osseuse et des attitudes conservées.

OBSERVATION VII (MM. Gauckler et Roussy) (1) (résumée).

P..., 58 ans. Blennorragie à 16 ans et syphilis à 18 ans. Souffre de sciatique depuis trois semaines. Douleur le long du sciatique.

Points de Valleix. Signe de Lasègue. Pas d'atrophie musculaire.

Réflexe achilléen normal, réflexe rotulien diminué du côté malade. Force musculaire intacte.

Sensibilité superficielle, hypoesthésie dans le domaine de L_{II} , L_{III} , S_{III} . Sensibilité osseuse diminuée aux points condyliens externe et malléolaire. Légère lymphocytose rachidienne.

OBSERVATION VIII (Silvio Gavazonni (2) (résumée).

Depuis 4 mois, douleurs lombaires et sacro-iliaques vives s'étendant rapidement à la fesse, à la cuisse, à la jambe et au pied

(1) GAUCKLER et ROUSSY, *Rev. de Neurologie*, 1904, p. 617.

(2) *Un cas de sciatique radiculaire* (Silvio Gavazonni *Policlinico*, août 1905).

droit. Atrophie marquée de la région fessière et de tout le membre inférieur droit.

Points de Valleix peu marqués. Signe de Lasègue positif; réflexes rotuliens et achilléens vifs.

Pas de signe d'Argyll-Robertson, aucune spécificité avouée, mais coloration suspecte du gland 14 ans auparavant, et la femme du malade a fait deux fausses couches.

Zones d'hypoesthésie se superposant aux territoires de S_1 , S_2 et de L_2 , L_3 , L_4 , hypoesthésie dans le territoire de L_1 . Guérison par le traitement mercuriel.

OBSERVATION IX (Berthéol) (1) (résumée).

Depuis 3 ans douleurs paroxystiques le long du sciatique gauche, douleurs térébrantes survenant par accès. Signe de Lasègue très marqué, points de Valleix sensibles. Réflexe rotulien affaibli à gauche, achilléen aboli. Pas de Romberg, pas de troubles sphinctériens, pas de troubles pupillaires.

Bande d'anesthésie occupant la face externe de la cuisse et de la jambe empiétant un peu sur la face antérieure et postérieure de ces deux segments de membre. Au pied, elle couvre la face dorsale et plantaire jusqu'au troisième orteil.

Cette bande est limitée par une étroite bande d'hyperesthésie. En haut l'anesthésie s'arrête en avant à l'arcade crurale, latéralement à la crête iliaque et en arrière franchit le pli fessier et empiète un peu sur un petit territoire de la fesse opposée.

Prend tout le pourtour anal, le périnée et s'arrête à la racine des bourses qui sont respectées ainsi que la verge. Cicatrice pig-

(1) BERTHÉOL, *Thèse de Paris*, 1906.

mentée sur le gland. Les douleurs furent très amendées par les frictions mercurielles, la topographie de l'anesthésie ne s'est pas modifiée.

OBSERVATION X (Berthéol) (*résumée*).

Douleurs dans le membre inférieur gauche surtout nocturnes.
Signe de Lasègue positif.

Les principaux points de Valleix sont sensibles.

Bande d'anesthésie étendue sur une largeur de trois travers de doigts de la moitié externe du pli inguinal au condyle interne. Puis hyposthésie douloureuse sur la moitié externe de la cuisse et de la jambe.

Réflexes altérés. Rotulien augmenté à gauche, normal à droite. Achilléen aboli des deux côtés. Pas d'Argyll-Robertson. Pas de trouble sphinctérien.

Aucune atrophie musculaire perceptible.

Le malade est rapidement amélioré par le traitement mercuriel bien qu'il nie énergiquement toute spécificité.

OBSERVATION XI (Berthéol) (1) (*résumée*).

Crampes et élancements dans le membre inférieur droit depuis trois mois.

Signe de Lasègue positif. Réflexes rotuliens un peu brusques, clonus du pied. Points de Valleix très nets, surtout le point po-

(1) BERTHÉOL, *Thèse*, Paris, 1906.

plité. Pas de signe d'Argyll-Robertson, pas d'ataxie, pas de Romberg. Signe de l'éternuement très net.

Zone d'hyperesthésie très marquée, partant du pli de l'aîne pour remonter vers la crête iliaque qu'elle suit. En arrière cette zone intéresse toute la fesse du côté gauche laissant intact le pourtour de l'anūs, ainsi qu'une partie de la face interne de la fesse correspondant au territoire de S_3 . A la cuisse l'hyperesthésie occupe la face antérieure, empiétant un peu sur la face interne et occupant toute la moitié externe de la face postérieure. A la jambe elle va en diminuant, n'intéressant finalement que la face externe, et au pied elle intéresse seulement la moitié externe de la face dorsale. Rien à la face plantaire.

Il est rapidement amélioré par le traitement spécifique.

OBSERVATION XII (Rousselier) (1) (résumée).

Depuis un mois douleurs dans les reins et le trajet du sciatique gauche. Syphilis il y a 12 ans. Points de Valleix nets. Signe de Lasègue positif. Le membre inférieur gauche est d'un bon tiers inférieur comme volume au membre inférieur droit, adducteurs et muscle de la région postérieure de la cuisse atrophiés, ainsi que les jumeaux.

Réflexe achilléen gauche très faible. Réflexe patellaire gauche très diminué. Pas d'Argyll-Robertson ni de Romberg. Hyperesthésie très nette dans le territoire de S_1 S_2 . Sédation rapide des douleurs avec des piqûres d'huile grise.

(1) ROUSSELIER, *Thèse*, Paris, 1907.

OBSERVATION XIII (Rousselier) (*résumée*).

L..., 47 ans. Sciatique gauche depuis huit mois. Petite plaie à la verge dans l'adolescence, de nature inconnue.

Douleurs fortes avec crises d'exacerbations. Points douloureux de Valleix peu accentués. Signe de Lasègue.

Capacité fonctionnelle du membre nulle. Scoliose homologue.

Atrophie totale du membre inférieur gauche.

Réflexes tendineux gauches affaiblis. Pas de Babinski, ni signe d'Argyll, ni Romberg, ni troubles sphinctériens.

Sensibilité. Anesthésie en bande moitié supérieure de S_I (pied indemne), S_{III}, L_{II} L_{III}.

Sensibilité osseuse diminuée.

Traitement mercuriel. Disparition des douleurs.

OBSERVATION XIV (Rousselier) (*résumée*).

D..., 59 ans, souffre d'une sciatique gauche depuis un an, rebelle à tout traitement externe. Sa femme a fait deux fausses couches.

Douleurs irradiées dans le sciatique, disparaissent au décubitus. Points de Valleix douloureux. Signe de Lasègue. Signe de Kernig fruste. Intégrité de la force musculaire.

Pas de troubles des réflexes.

Sensibilité : bande étroite, allant de la tubérosité du premier métatarsien gauche à la partie moyenne du pli fessier, en coupant

le membre obliquement : à la plante du pied, territoire de L_{II}.
Sensibilité osseuse indemne.

Traitement mercuriel. Disparition des douleurs.

OBSERVATION XV (Rousselier) (*résumée*).

F. C..., sciatique gauche depuis huit mois. Scoliose homologue. Sa femme a fait deux fausses couches.

Douleurs le long du sciatique avec crises d'exacerbation.

Points douloureux de Valleix positifs. Signe de Lasègue peu net.

Force musculaire diminuée d'un tiers dans tout le membre.

Réflexes : achilléen normal, patellaire affaibli. Peau sèche, variqueuse.

Sensibilité : Hypoesthésie très forte sur les territoires S_I et S_{II}.

OBSERVATION XVI (Rousselier) (*résumée*).

L..., 37 ans, souffre depuis deux mois. Sa femme a fait une fausse couche. Douleur intense quand le malade est debout, exaspérations nettes comparables à un courant électrique.

Points de Valleix. Signe de Lasègue. Scoliose homologue. Affaiblissement de tous les muscles du membre inférieur gauche. Peau sèche ; avant le début des douleurs apparition d'une série de petits boutons vésiculeux.

Réflexe achilléen gauche exagéré. Argyll unilatéral droit.

Sensibilité. Hyperesthésie de la face antérieure de la cuisse et de la jambe s'atténuant sur les faces latérales.

Traitement iodo-hydrargyré fait disparaître les douleurs.

OBSERVATION XVII (Rousselier) (*résumée*).

M. M..., 25 ans, sciatique droite rebelle depuis sept semaines. Douleurs continues. Points de Valleix moyennement douloureux. Signe de Lasègue. Signe de la toux. Peau sèche, rugueuse. Force musculaire intacte.

Réflexes forts, mais égaux. Pas d'Argyll, pas de Romberg.

Sensibilité : Hypoesthésie sur tout le membre.

Limite supérieure marquée par le pli fessier et trois travers de doigt au-dessous du pli inguinal.

Syphilitique avoué. Traitement mercuriel.

Les douleurs ont complètement disparu.

OBSERVATION XVIII (P. Camus) (1) (*résumée*).

Syphilitique avéré : névralgie sciatique gauche en 1903. Accidents syphilitiques (ulcérations et gommès balano-uréthrales) en 1904-1905. Deuxième crise de sciatique gauche en 1907, débutant par des douleurs lombaires : signe de Déjerine et signe de Sicard. Signe de Lasègue positif : pas de points de Valleix, point apophysaire de la 5^e lombaire. Pas de troubles de la motilité. Hyperesthésie, face postérieure, fesse et cuisse. Réflexes normaux, légèrement plus faibles à gauche.

(1) P. CAMUS, *Thèse de Paris*, 1908, p. 57.

OBSERVATION XIX (P. Camus) (1) (*résumée*).

Syphilitique probable : leucoplasie. Atrophie du membre inférieur droit, depuis l'âge de 13 ans, après immobilisation pour entorse tibio-tarsienne.

Douleurs lombo-sacrées depuis un mois : la toux lui cause des déchirements dans les reins, l'éternuement détermine de véritables crises douloureuses. Pas de points de Valleix. Signe de Lasègue positif, signe de Bechterew. Réflexe achilléen aboli à droite. Point juxta-apophysaire à la partie latérale droite de la 5^e lombaire. Hyperesthésie douloureuse, prédominant à droite de toute la région lombo-sacrée, de la fesse et de la face postérieure de la cuisse et de la jambe droite.

Guéri par le traitement mercuriel, après avoir présenté à la suite de son hyperesthésie, de l'hypoesthésie suivant une bande radiculaire étendue à toute la face postérieure du membre inférieur droit et la moitié externe du pied. (Se rapporter au schéma P. Camus, *in Thèse*, p. 63.)

OBSERVATION XX (P. Camus) (2) (*résumée*).

Il y a 16 ans, douleurs de sciatique dans le membre inférieur droit.

Depuis 2 mois, douleurs ayant débuté à la région lombaire,

(1) P. CAMUS, *Thèse de Paris*, p. 60.

(2) P. CAMUS, *Thèse de Paris*, p. 66.

siégeant actuellement dans tout le membre inférieur, surtout à droite ; douleurs à type radiculaire très net.

Un peu plus tard, affaiblissement de la motilité de la jambe gauche, qui retrocède au traitement mercuriel ainsi que l'intensité de ses douleurs.

A l'examen, pas de points de Valleix. Force musculaire normale. Réflexes rotuliens et achilléens droits abolis. Sensibilité : Hypoesthésie sur la face postéro-externe de la cuisse et de la jambe, se perdant sur le dos du pied.

OBSERVATION XXI (P. Camus) (1) (*résumée*).

Douleurs à type radiculaire dans le membre inférieur droit. Pas de points de Valleix. Signe de Lasègue. Réflexe achilléen aboli à droite. Sensibilité : Hypoesthésie marquée d'une partie de la fesse, des faces externe et postérieure de la cuisse et de la moitié externe de la jambe : au pied les deux doigts externes sont presque insensibles à leur face dorsale et plantaire.

Pas d'Argyll. Marié n'a eu qu'un enfant, mort de méningite. Depuis quelques mois forts maux de tête. Le traitement mercuriel institué, les douleurs ont complètement disparu sans autre adjuvant et le malade est sorti guéri, ne conservant qu'une légère hypoesthésie crurale et jambière droite.

OBSERVATION XXII (Străescu) (2) (*résumée*).

Militaire, présentant une sciatique caractérisée par des douleurs à caractère radiculaire. Signe de Lasègue. Points de Valleix douloureux. Syphilis probable.

(1) P. CAMUS, *Thèse de Paris*, p. 69.

(2) STRĂESCU, *Thèse de Bucarest*, 1907.

Pas de troubles de la motilité.

Sensibilité. — Bande d'hyperesthésie limitée en haut au-dessus de la crête iliaque droite en arrière, en avant à la moitié externe du pli inguinal, descend sur la fesse droite, respecte les bourses, longe la moitié externe de la cuisse et de la jambe, occupe la face dorsale du pied et des quatre orteils, et à la face plantaire la moitié externe et les quatre derniers orteils.

Examiné quelques mois plus tard, la bande d'hyperesthésie a fait place à une zone d'anesthésie occupant les mêmes territoires, mais s'étendant en plus à la moitié externe du gros orteil.

OBSERVATION PERSONNELLE XXIII.

La nommée P..., âgée de 68 ans, hospitalisée à Brévanne et transférée à la Salpêtrière vient consulter dans le service de M. le Pr Déjerine pour des douleurs dans la jambe gauche. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Rien de particulier dans ses antécédents personnels si ce n'est une fausse couche survenue postérieurement à la naissance d'un enfant bien portant.

Depuis longtemps la malade ressentait des douleurs dans sa jambe gauche et dans la région lombaire ; mais ce n'est que depuis huit ans qu'elle a commencé à avoir des douleurs violentes ayant à plusieurs reprises obligé la malade à s'aliter. Elle se souvient fort bien que le moindre effort augmentait l'intensité de ses douleurs.

A l'examen on ne constate aucune diminution de la force musculaire : tous les mouvements sont possibles et bien conservés comme amplitude.

Le réflexe rotulien est légèrement exagéré à gauche.

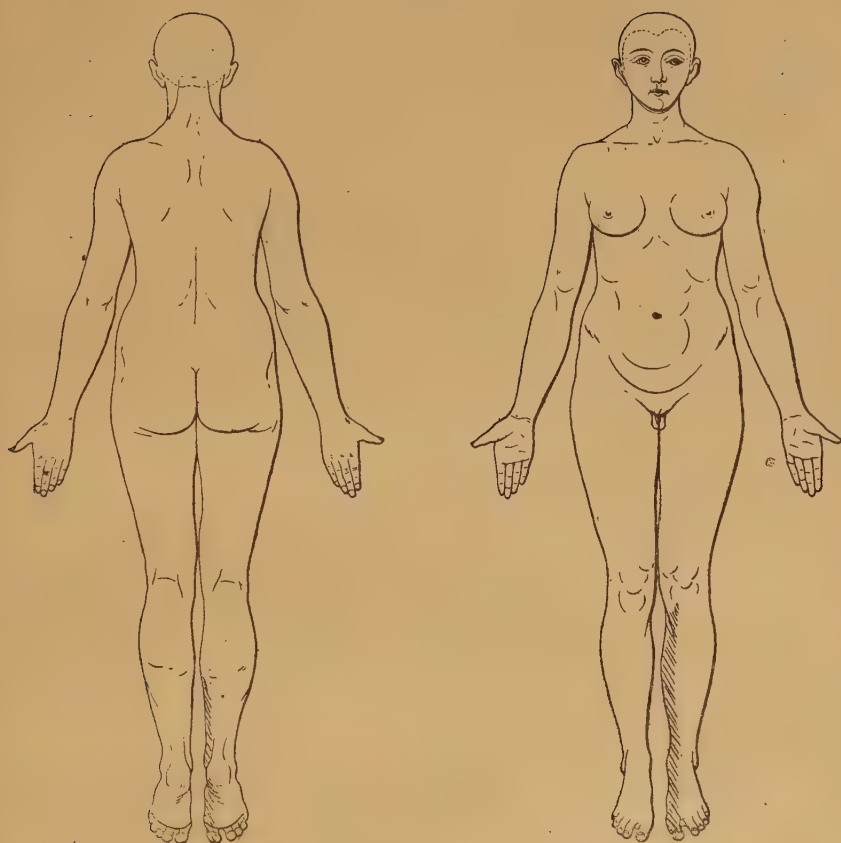


FIG. II.
Hypoesthésie.

Le réflexe achilléen normal à droite est aboli à gauche.

Les réflexes cutanés plantaires sont normaux des deux côtés.

Troubles trophiques. — La peau du membre inférieur gauche est plus cyanosée que celle de membre droit : les dilatations variqueuses y sont également plus accentuées ; on constate un léger œdème de la totalité du membre et un certain degré d'amyotrophie (de 0,5 à 1 centimètre de différence de circonférence de mollet et de cuisse).

La sensibilité tactile est troublée et on délimite une bande d'hypoesthésie qui occupe toute la partie antéro-interne de la

jambe, s'étendant en dedans jusqu'à une ligne droite, allant du condyle interne du fémur au premier espace interdigital : cette zone d'hypoesthésie occupe le 1/5 interne de la face plantaire du pied et la moitié interne du mollet.

Les sensibilités douloureuse et thermique présentent des zones superposables d'hypoesthésie. Les sensibilités profondes ne sont pas touchées.

OBSERVATION PERSONNELLE XXIV.

La nommée E..., âgée de 34 ans, repasseuse, entre le 13 novembre 1914 dans le service de M. le P^r Déjerine pour des douleurs dans le membre inférieur droit.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — Pas de maladie de l'enfance. Mariée à 23 ans, pas d'enfants, n'a jamais fait de fausse couche et n'a aucun antécédent spécifique avoué.

Histoire de la maladie. — Dans les premiers jours d'octobre, elle a été assez brusquement prise de douleurs, siégeant dans la région lombaire du côté droit, douleurs très vives d'emblée qui l'obligèrent à suspendre son travail et même à s'aliter. Ces douleurs qu'exagéraient encore tout mouvement et tout effort, que la toux rendait intolérable, empêchaient la malade de marcher.

Au bout de quinze jours, ces douleurs lombaires à caractère paroxystique disparurent, et des douleurs continues apparurent dans la fesse et dans la cuisse du même côté ; ces douleurs présentaient les mêmes exaspérations, la station debout était toujours très pénible.

Depuis trois semaines les douleurs persistent continuellement,

réveillant quelquefois la malade au milieu de la nuit, irradiées toujours le long de la cuisse droite, mais avec une intensité qui tend à décroître.

Etat actuel. — Douleurs provoquées. — A la pression on provoque une douleur exquise entre le grand trochanter et la tubérosité ischiatique ainsi qu'à la face postérieure de la cuisse jusqu'à la région poplitée. Les autres points de Valleix ne sont pas douloureux.

La flexion de la cuisse sur le bassin est douloureuse, mais l'extension de la jambe sur la cuisse déjà fléchie elle-même sur le bassin n'augmente pas la douleur.

Motilité. — La démarche est à peu près normale, un peu plus traînante cependant du pied droit.

Tous les mouvements sont bien conservés, en particulier ceux du pied et des orteils : la douleur seule limite un peu la flexion de la jambe sur la cuisse.

Les réflexes patellaires sont normaux, égaux des deux côtés.

Le réflexe achilléen, normal à gauche, est aboli à droite.

Le réflexe cutané plantaire est normal, en flexion.

Le réflexe du tenseur du fascia lata normal à gauche est aboli à droite.

Sensibilité. — On trouve une zone d'hypoesthésie à la douleur, très légère au tact, occupant la face dorsale du pied, remontant le long de la face externe de la jambe contournant le genou et montant en bande de trois travers de doigt de largeur sur la face postérieure de la cuisse et à la fesse.

A la face plantaire l'hypoesthésie est très légère et plus marquée au 1/3 externe.

Les sensibilités profondes, sensibilité des attitudes, sensibilité osseuse sont bien conservées.

Légère amyotrophie de la loge postérieure de la cuisse.

La ponction lombaire donne un liquide céphalo-rachidien contenant 4 lymphocytes par millimètre cube.

Examinée le 22 novembre la malade, qui se plaint de violentes céphalées, présente un léger ptosis et une diplopie par parésie du droit externe gauche.

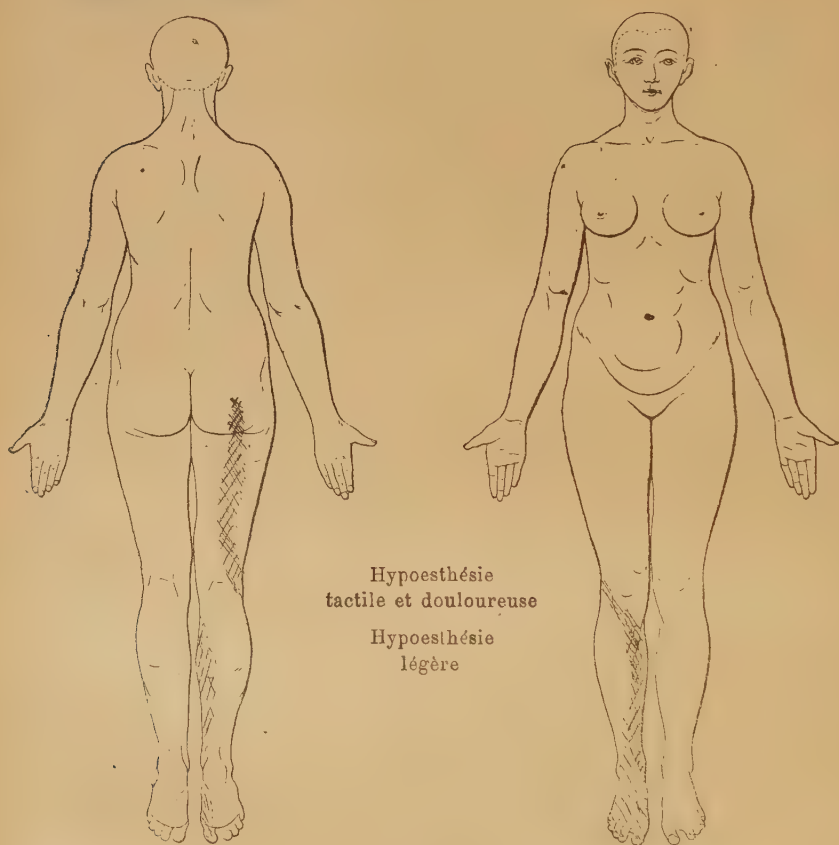


FIG. III.

Tout dernièrement Dobrokhotoŭ (1) a signalé 21 cas de sciaticques radiculaires avec prédominance de troubles sensitifs, sans paralysie dissociée et un cas avec dissociation paralytique que nous reproduisons plus loin.

(1) DOBROKHOTOŬ, *Revue de Médecine*, 1914, p. 530.

Les troubles de sensibilité y sont décrits ; mais les limites des zones hypo ou hyperesthésiées ne sont pas suffisamment explicites pour que nous jugions utile de reproduire ici ces observations.

Notons que les troubles des réflexes n'y sont mentionnés que 13 fois : trois fois les réflexes étaient exagérés, deux fois l'achilléen et le rotulien affaiblis, l'achilléen seul affaibli deux fois et aboli une fois. Le signe de Lasègue y était toujours positif.

Les troubles de sensibilité consistaient 10 fois en hyperesthésie, 7 fois en hypoesthésie, 3 fois l'anesthésie avec hypoesthésie et 2 fois de l'hypo et de l'hyperesthésie. Dobrokhotoŭ tente de classer les territoires des troubles sensitifs, suivant que la bande de sensibilité objective touchée siège uniquement sur la face externe du membre, ou bien contourne en arc des apophyses lombaires jusqu'à la face antérieure du pied, la face postéro-externe de la cuisse et la face antérieure de la jambe, ou bien encore va du périnée au pied en contournant le membre au niveau de la face externe du mollet après avoir occupé la face interne de la cuisse, et il trouve que 6 cas appartiennent au 1^{er} groupe, 15 cas au 2^e et 1 seul cas au troisième.

Le 2^e schéma semble correspondre aux territoires S_1 S_2 avec ou sans participation de L_5 .

Le premier que nous avons souvent rencontré ne correspond qu'à une partie des territoires de L_{II} , L_{III} , et une partie de S_1 S_{II} .

Quant au 3^e schéma il semble correspondre à S_{II} , mais l'observation manque de précision.

FORMES SENSITIVO-MOTRICES

Les racines postérieures ne sont pas toujours seules touchées par la lésion, ordinairement syphilitique, et l'on conçoit fort bien que l'infection méningée ou la lésion radiculaire primitive se localise également sur les racines antérieures et même de façon élective.

Il y a déjà plus de 16 ans que Raymond (1) dans ses cliniques présentait une monoplégie du membre inférieur droit que l'autopsie confirmait bien comme une radiculite à prédominance motrice.

OBSERVATION RÉSUMÉE XXV (Raymond).

Femme de 47 ans. Pas de syphilis, probablement bacillaire, 12 enfants.

Affaiblissement depuis 3 mois, puis paralysie flasque totale du membre inférieur droit. Atrophie musculaire de la cuisse et de la jambe avec DR. Réflexes cutanés conservés. Douleurs pénibles,

(1) RAYMOND, *Cliniques*, t. III, 1898, leçon xxxi.

élancements paroxystiques. Signe de Lasègue. Points de Valleix douloureux.

Anesthésie à la face antéro-interne de la cuisse (crural), hypoes-thésie à la jambe. Pas de troubles sphinctériens. Eruption bullo-vésiculeuse, face antérieure de la cuisse : érythème polymorphe.

Douleurs disparaissent, mais subsistent anesthésie et monoplégie flasque avec DR : le membre inférieur gauche est atteint ensuite, troubles sphinctériens ; escarre sacrée.

A l'autopsie, lésion des racines antérieures et postérieures sacrées et des 4 dernières lombaires surtout à droite.

Lésions radiculaires primitives, inflammatoires, avec nodules périvasculaires embryonnaires, épaissement de la pie-mère, sclérose, et dégénérescence des fibres radiculaires droites à leur zone d'entrée. Caséification d'aspect tuberculeux.

OBSERVATION XXVI (MM. Ardin, Delteil et Dumoulard) (1).

A. V..., âgé de 31 ans, garçon de laboratoire, entre à la clinique pour des douleurs violentes dans la fesse et la cuisse gauche, apparues depuis deux mois et s'accompagnant d'atrophie considérable de ces régions.

Antécédents héréditaires et personnels : rien de particulier. A 23 ans pleurésie gauche, à 28 ans contracte les fièvres paludéennes à Fondouk. Il y a un an chancre mixte, bubon ; roséole et plaques muqueuses.

Syphilis traitée par traitement mercuriel pendant trois mois : le malade suspend le traitement six mois : vers la fin octobre su-

(1) ARDIN, DELTEIL et DUMOULARD, *Radiculite syphilitique de la queue de cheval du côté gauche* (*Revue de Neurologie*, 1907, p. 533).

bitement apparurent dans la nuit de très violentes douleurs à maximum localisé dans la région fessière gauche, qui irradient dans la cuisse tant en avant qu'en arrière, avec exacerbation : elles sont surtout constritives et ne descendent pas au-dessous du genou. Le traitement au calomel est réinstitué : ses douleurs augmentent cependant, le malade maigrit, l'état général s'altère, une légère fièvre s'installe et le malade entre à l'hôpital.

On constate alors en plus des douleurs, une énorme atrophie de toute la fesse et de toute la cuisse gauches : la jambe et le pied ont conservé leur volume normal.

A la pression la douleur est localisée près du sommet du grand trochanter et à un doigt du sacrum sur une même horizontale. La pression de l'arcade crurale est douloureuse. Signe de Lasègue.

La force musculaire est très diminuée dans les territoires atrophiés, tous les mouvements de l'articulation de la hanche presque impossibles à exécuter.

A la jambe et au pied force musculaire normale.

Le réflexe rotulien gauche est plus faible que le droit : également légère diminution du réflexe achilléen gauche.

Réflexes cutanés normaux. Pas de Babinski.

Aucun trouble de sensibilité objective.

Pas de troubles sphinctériens, pas d'Argyll-Robertson.

Adénites multiples inguinales, cervicales, épitrochléennes ; sommet du poumon gauche suspect, vibrations exagérées, inspiration diminuée.

Légère fièvre, montant le soir à 38°5. Etat général défectueux.

Le toucher rectal permet de s'assurer qu'il n'existe aucune tumeur accessible dans le bassin. Pas de lésion osseuse du sacrum ni de l'articulation sacro-iliaque.

La radiographie montre l'intégrité de l'articulation coxo-fémorale.

Les réactions électriques montrent dans tous les muscles du membre inférieur gauche, une diminution marquée de l'excitabilité faradique et galvanique avec tendance à l'égalité des secousses polaires : DR plus marquée à la cuisse et à la fesse.

Une ponction lombaire montre l'existence d'une lymphocytose des plus nettes.

Le traitement spécifique intensif a considérablement amélioré son état : les douleurs disparaissent, la force reparaît dans le membre malade. Le malade sort guéri le 26 janvier 1907.

Cette observation est une des rares localisations presque uniquement motrices des phénomènes radiculaires. On peut en rencontrer, il est vrai, au début ou au cours du tabes, mais c'est là un point sur lequel nous reviendrons à propos des rapports qui existent entre les radiculites et le tabes.

Le premier cas de sciatique radiculaire sensitive motrice publié est celui que MM. Camus et Sezary présentèrent à la Société de Neurologie le 6 décembre 1906.

OBSERVATION XXVII (Camus et Sezary) (1) (*résumée*).

C..., 38 ans, marchand de vins, vient consulter pour des douleurs dans la région lombaire et le membre inférieur droit et des troubles de la marche.

Antécédents héréditaires. — Rien.

(1) CAMUS et SEZARY, *Un cas de radiculite sensitivo-motrice* (*Revue de Neurologie*, 1906, p. 1172).

Antécédents personnels. — Blennorrhagie il y a 10 ans ; marié deux fois. Pas de syphilis avouée : leucoplasie à la face interne des joues. Ethylique.

Il y a 4 ans, crise douloureuse région lombaire et membre inférieur droit.

Il y a un an, nouvelle crise. Signe de l'éternuement et de la toux : douleur irradiée comme une décharge électrique. Au lever, parésie du pied droit.

Depuis, ces troubles moteurs se maintiennent et les douleurs sont intermittentes.

Actuellement, paralysie des muscles jambier antérieur et de l'extenseur propre du gros orteil du côté droit. Il stoppe en marchant et la voûte plantaire s'efface légèrement. DR dans les mêmes muscles.

Région lombaire douloureuse à la palpation et à la percussion. Signe de Lasègue positif à droite.

Sensibilité : bande radiculaire d'anesthésie sur la face dorsale du pied intéressant le gros orteil et une partie adjacente de la plante du pied remontant à la partie antérieure du cou de pied et de la jambe, au-devant du tibia sur une largeur de cinq travers de doigt. Arrivée au-devant de la tubérosité antérieure, elle se dirige en dehors, passe à la partie externe du genou, traverse la partie postérieure de la cuisse et se termine près du rachis. L'anesthésie est absolue du gros orteil à la tubérosité antérieure du tibia : au-dessus, on n'a que de l'hypoesthésie. Les sensibilités tactile, douloureuse, et thermique, sont également intéressées. La sensibilité osseuse est diminuée dans le membre inférieur droit.

Réflexes tendineux normaux. Réflexe cutané plantaire en flexion.

Pas d'Argyll. Pas de troubles de sphincters.

Cet homme présente donc bien des troubles de la motilité cor-

respondant à une partie des territoires radiculaires L_{IV} , et L_V , et des troubles de sensibilité aux territoires L_V , S_I , S_{II} .

La limitation exacte des troubles moteurs au jambier antérieur, et extenseur propre du gros orteil, alors que l'extenseur commun des orteils, et les péroniers sont respectés, semble liée à une lésion des racines antérieures, limitée à une seule racine motrice.

Le jambier antérieur est souvent dissocié des autres muscles de la région antéro-externe de la jambe et soit qu'on le trouve indemne, alors que le groupe est paralysé en totalité, soit, au contraire, qu'il soit seul paralysé, en même temps qu'un seul des autres muscles de la loge antéro-externe, il est à penser que l'innervation radiculaire de ce muscle est différente de celle des autres. Nous serons d'ailleurs plus à même de la préciser après avoir examiné les autres cas de dissociation paralytique de ces muscles.

Nous avons observé dans le service de la Salpêtrière une sciatique radiculaire qui se rapproche beaucoup du cas précédent.

La paralysie englobe également le jambier antérieur et l'extenseur propre du gros orteil, mais a aussi atteint l'extenseur commun des orteils. Les troubles de sensibilité affectent ici un territoire un peu différent et sont localisés à la cinquième lombaire surtout et à la première sacrée.

Comme dans l'observation précédente, les réflexes tendineux du membre malade sont normaux et la sensibilité osseuse est légèrement touchée.

OBSERVATION PERSONNELLE XXVIII (1)

D..., âgé de 40 ans, agent de la brigade fluviale, est entré le 29 octobre 1914 dans le service du P^r Déjerine pour une faiblesse de la jambe gauche, s'accompagnant de gêne de la démarche. On ne relève rien de particulier dans ses antécédents héréditaires : lui-même n'a jamais eu de maladies antérieures, s'est marié à 29 ans et a eu deux enfants bien portants. Le malade nie avoir eu la syphilis dont on ne retrouve d'ailleurs aucun stigmate, aucune cicatrice spécifique : pas de leucoplasie, pas d'éruption cutanée, pas de céphalée ; sa femme n'a jamais fait de fausse couche.

Histoire de la maladie. — Il y a huit mois, le 2 avril 1914, il se jeta à l'eau dans le bassin de la Monnaie pour en retirer un homme qui se noyait : depuis lors, à la suite de ce refroidissement, déclare le malade, il ressentit quelques douleurs dans les lombes et dans la jambe du côté droit.

Le 3 août au matin, le malade ressentit brusquement au lever une exacerbation intense de ses douleurs qui l'empêchèrent de marcher, et même de se tenir debout : ces douleurs persistèrent aussi intenses jour et nuit, sans rémission, privant presque complètement le malade de sommeil. Elles siégeaient principalement au mollet et à la partie postérieure de la cuisse droite et étaient encore exaspérées par la toux, les éternuements, les efforts de défécation ou par tout autre effort : cette crise disparut au bout d'une quinzaine de jours.

(1) Présentée à la Société de Neurologie en collaboration avec M. Mouzon, novembre 1914.

A la fin d'août, le malade ressentit de nouveau des douleurs très violentes dans la région lombaire, mais cette fois du côté gauche, et deux jours après, des fourmillements et un engourdissement de la jambe gauche, qui fut, au dire du malade, presque complètement paralysée le lendemain.

Etat actuel. — Sauf une légère douleur pendant la marche dans le mollet droit, les phénomènes douloureux ont presque complètement disparu, et le malade ne conserve actuellement qu'une gêne de la marche qui va d'ailleurs en diminuant.

La pointe du pied gauche traîne légèrement sur le sol et le malade stoppe en marchant.

Examen de la motilité. — A la jambe gauche il révèle une paralysie du jambier antérieur et des extenseurs : le gros orteil ne peut effectuer qu'un mouvement d'extension très diminué. L'extension des autres orteils est affaibli dans les mêmes proportions.

L'abaissement du pied est bien conservé tandis que l'élévation est très limitée et s'accompagne d'une légère élévation du bord externe du pied.

La motilité est bien conservée dans le reste du membre inférieur gauche.

Rien de particulier dans le membre inférieur droit, ni dans les muscles abdominaux.

On constate une légère atrophie des membres de la loge antéro-externe de la jambe gauche, avec une diminution de près de 2 centimètres de la circonférence du mollet gauche. L'examen électrique pratiqué le 3 novembre montre une DR très prononcée du jambier antérieur, de l'extenseur commun des orteils, ainsi que de l'extenseur propre à gauche.

Les péroniers latéraux et les muscles de la loge postérieure de la jambe réagissent normalement, ainsi que les muscles du domaine du nerf crural et le biceps : on note seulement une DR

très légère (sans inversion) du grand adducteur, du demi-membraneux et du demi-tendineux.

Tous les muscles de la jambe droite réagissent de façon normale.

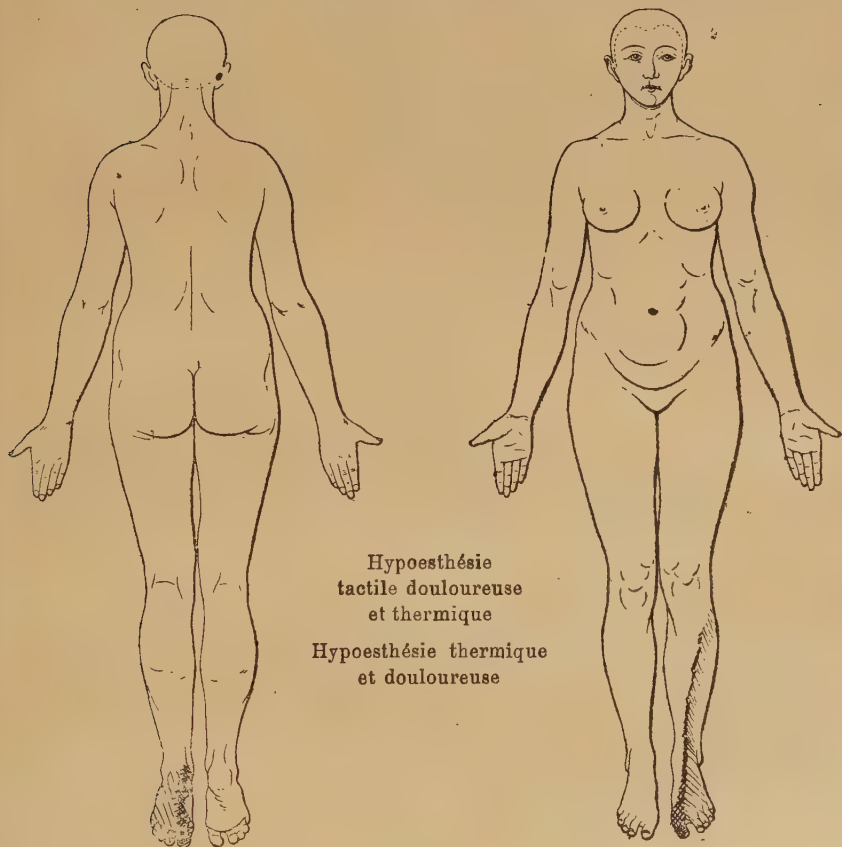


FIG. IV.

Tous les réflexes tendineux sont conservés, sauf le réflexe achilléen qui est aboli à droite.

Le réflexe plantaire se fait en flexion des deux côtés.

Réflexes crémastériens et abdominaux normaux.

Il n'existe aucun trouble sphinctérien, pas de signe d'Argyll-Robertson.

L'examen de la sensibilité révèle une zone d'hypoest

tactile qui occupe la face dorsale du gros orteil gauche, remonte sur le dos du pied et la face antérieure de la jambe en s'amincissant et vient se terminer en pointe au niveau de l'union du tiers inférieur et du tiers moyen de la jambe : cette zone s'étend au tiers interne de la face plantaire du pied gauche c'est-à-dire à tout le territoire cutané innervé par la 5^e racine lombaire d'après les schémas radiculaires de la sémiologie de M. le professeur Déjerine.

La sensibilité douloureuse est notablement diminuée sur le même territoire qu'elle déborde d'ailleurs en dehors sur le territoire S_1 , la zone d'hypoesthésie à la douleur descendant sur tout le dos du pied et sur la face plantaire le long du bord externe.

La sensibilité thermique présente une zone d'anesthésie dans le territoire L_5 et une hypoesthésie à la chaleur dans le territoire S_1 . La sensibilité osseuse est bien conservée.

Le sens des attitudes est légèrement touché pour le gros orteil gauche. Les cercles de Weber sont très élargis dans la zone L_5 : dans le sens longitudinal, le malade ne perçoit qu'un seul contact avec un écart de 10-12 centimètres ; dans le sens transversal les cercles dépassent de plus de 1 centimètre la bande correspondant au territoire L_5 . Il n'y a aucun trouble trophique cutané ni vaso-moteur. La ponction lombaire a donné issue à un liquide clair, non hypertendu sans hyperalbuminose, contenant de 8 à 10 lymphocytes par millimètre cube.

Ce malade semble donc présenter, à droite, comme reliquat d'une sciatique datant de trois mois, une abolition du réflexe achilléen, sans autre symptôme ; à gauche une paralysie dissociée de l'extenseur commun des orteils, de l'extenseur propre et du jambier antérieur, avec hypoesthésie localisée au territoire de L_5 et de S_1 , mais avec conservation du réflexe achilléen.

L'étiologie spécifique en l'absence de toute cause de compres-

sion radiculaire semble probable étant donnée la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

Le traitement mercuriel a été institué et le malade a été rapidement amélioré.

Par contre, le jambier antérieur est indemne dans l'observation publiée par MM. Déjerine et Regnard et la paralysie ne porte que sur les extenseurs propre et commun des orteils et les péroniers latéraux. Les troubles de sensibilité sont ici uniquement localisés à L_v, le réflexe achilléen y est conservé, la sensibilité osseuse n'est pas touchée.

Nous avons également vu un cas de sciatique radiculaire dissociée dont nous publions l'observation et qui présente une paralysie des extenseurs et des péroniers, avec intégrité du jambier antérieur. Les troubles de sensibilité sont ici surtout accentués dans le territoire de la cinquième racine lombaire et atteignent également la première racine sacrée. Le réflexe achilléen est aboli. La nature syphilitique de l'affection est confirmée par l'amélioration par le traitement antispécifique. Mon observation est d'ailleurs encore plus à rapprocher d'un cas présenté par M. le Professeur Déjerine à la clinique de la Salpêtrière où nous voyons également une paralysie des extenseurs et des péroniers avec intégrité du jambier antérieur : nous la résu-
mons à la suite de notre observation.

OBSERVATION XXIX (MM. Déjerine et Regnard) (1).

Ch. Edouard, 32 ans, journalier, se plaint de douleur et de faiblesse dans la jambe droite (19 janvier 1912).

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier : plusieurs membres de sa famille sont morts de tuberculose, mais on ne trouve chez lui aucune trace de cette affection.

Jamais de maladies antérieures ; nie la syphilis, et on ne retrouve pas d'antécédents spécifiques ; pas d'éruption cutanée, pas de céphalée, pas de maux de gorge ; à l'examen de la bouche cependant petite plaque de leucoplasie sur la joue droite : notre malade est un fort fumeur et un éthylique.

Au mois de février 1911 cet homme a déjà souffert d'une crise de névralgie sciatique dans la jambe droite, et il se souvient fort bien que sa douleur déjà vive spontanément augmentait à l'occasion du moindre effort et, en particulier, lorsque le malade tousait ou éternuait.

Cette crise douloureuse dura environ un mois et disparut sans traitement interne, ne laissant subsister qu'une anesthésie du gros orteil.

Le 25 novembre 1911 il se produisit une nouvelle crise ; celle-ci fut beaucoup plus douloureuse que la première ; elle obligea le malade à s'aliter, mais elle ne dura que deux jours ; après quoi tous les phénomènes douloureux s'amendèrent, mais il resta un certain degré d'impotence fonctionnelle qui subsiste encore.

(1) MM. DÉJERINE et REGNARD, *Sciatique radiculaire avec paralysie dissociée des muscles antéro-externes de la jambe droite. Intégrité du jambier antérieur* (Revue de Neurologie, 1912, t. I, p. 288).

A l'heure actuelle, en effet, si l'on regarde le malade marcher, on voit que la pointe du pied droit a tendance à s'incliner vers le sol, ce qui gêne sa démarche ; les phénomènes douloureux n'existent presque plus, cependant on observe encore très nettement le signe de Lasègue et on provoque un réveil de la douleur par la pression du nerf sur les points de Valleix. L'examen de la motilité de la jambe révèle une paralysie complète des muscles de la loge antéro-externe. L'extenseur commun des orteils, l'extenseur propre et les péroniers latéraux sont atrophiés et complètement paralysés ; les orteils ne peuvent effectuer aucun mouvement d'extension et le pied a une tendance marquée à se tourner en varus.

Examen électrique. — DR sauf pour le jambier antérieur complètement respecté.

Rien à signaler à la face postérieure de la jambe.

A droite et à gauche les réflexes rotuliens sont égaux et normaux, le réflexe achilléen du côté droit est conservé, mais semble un peu plus faible que du côté gauche.

Réflexe cutané plantaire en flexion aux deux pieds : pas d'Argyll, pas de troubles sphinctériens.

L'examen de la sensibilité révèle une zone d'anesthésie au tact et à la douleur qui existe depuis un an ; cette zone occupe toute la face dorsale du gros orteil et remonte sur le dos du pied et la face antérieure de la jambe, pour se terminer en pointe à peu près à la jonction du tiers inférieur et du tiers moyen de la jambe. C'est dire qu'elle occupe à peu près le territoire cutané innervé à ce niveau par S_1 , (ou plutôt d'après les schémas de sensibilité radiculaire de la Sémilogie du système nerveux de M. le professeur Déjerine par la V^e racine lombaire).

Les sensibilités thermiques, profonde et osseuse sont indemnes.

La ponction lombaire a été très difficile à pratiquer, l'aiguille ayant sans doute beaucoup de peine à pénétrer à cause d'une

plaque de méningite spécifique : le liquide céphalo-rachidien clair, légèrement hypertendu contient une grosse quantité d'albumine et une forte lymphocytose.

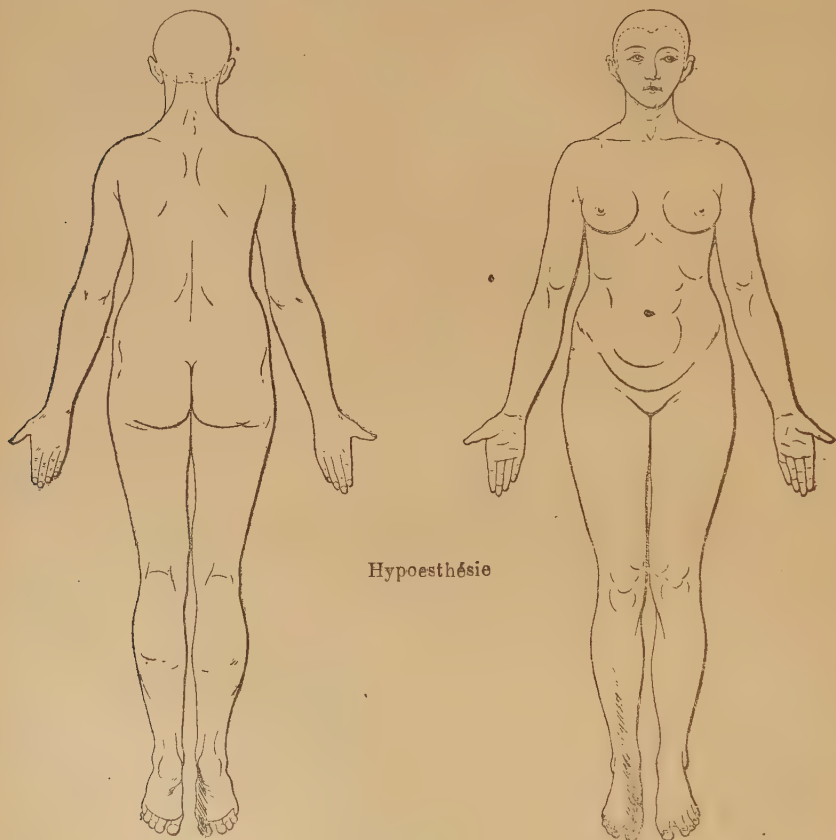


FIG. V.

OBSERVATION PERSONNELLE XXX (1).

G..., âgé de 58 ans, charpentier, est venu consulter à la clinique

(1) Communication faite à la Soc. de Neurologie le 3 déc. 1914. .
Ce malade nous a été envoyé par notre collègue Royolle que nous
tenons à remercier.

Charcot le 18 novembre 1914 pour des troubles de la marche accompagnés de douleurs dans le membre inférieur droit.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents collatéraux et personnels. — Rien de particulier.

A l'âge de 27 ans le malade à la suite d'une marche forcée raconte avoir fait une sciatique droite qui disparut au bout de 8 jours.

Il y a un an le malade recommença à sentir des douleurs dans la région lombaire droite, qui bientôt descendirent dans la fesse et la cuisse droite, puis irradièrent le long du sciatique jusqu'au cou de pied.

La douleur n'est plus actuellement très intense et se borne à gêner le malade dans sa marche.

Examen actuel. — Il traîne légèrement le pied droit en marchant et stoppe plus particulièrement après avoir marché longtemps.

On ne trouve aucune cicatrice, aucun stigmate de syphilis, et le malade nie d'ailleurs tout accident spécifique ; pas de signe d'Argyll-Robertson.

Motilité. — Les mouvements de flexion et d'extension, d'adduction et d'abduction de la cuisse ne sont pas modifiés. La flexion et l'extension de la jambe sur la cuisse sont normales. L'élévation du pied est bien conservée. L'abaissement un peu diminué.

Par contre, on note une diminution de la force musculaire de l'extenseur propre du gros orteil ainsi que de l'extenseur commun des orteils du côté droit.

Il n'y a aucune amyotrophie apparente, sauf au niveau de la loge antéro-externe de la jambe droite légèrement plus aplatie qu'à gauche.

Réflexes tendineux. — Les réflexes patellaires sont normaux, le réflexe achilléen normal à gauche est aboli à droite. Réflexe cu-

tané plantaire aboli, ainsi que le réflexe crémastérien ; réflexe du tenseur du fascia lata aboli à droite.

Sensibilité. — La douleur est actuellement peu vive, et s'accroît par la marche ; on ne trouve aucun point douloureux à la pression

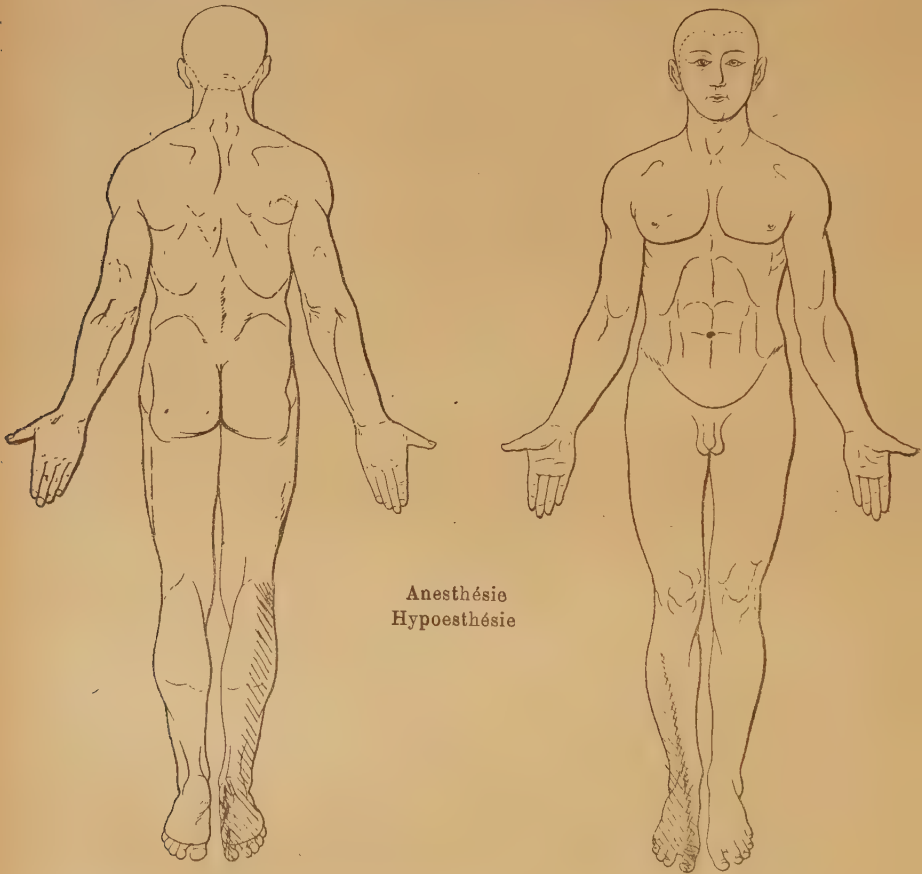


FIG. VI.

sauf au niveau de la face dorsale droite du sacrum. Il n'y a pas de signe de Lasègue.

L'examen de la sensibilité tactile et de la sensibilité douloureuse révèle une bande d'anesthésie sur la face dorsale du gros

orteil droit remontant en pointe sur la face dorsale du pied, sur le cou de pied et la face antéro-externe de la jambe et une zone d'hypoesthésie sur le reste du dos du pied et sur la face externe de la jambe jusqu'au niveau du genou. A la face plantaire anesthésie du 1/3 interne, et hypoesthésie des 2/3 externes du pied droit.

On trouve donc en résumé de l'anesthésie sur le territoire de L_v , et de l'hypoesthésie sur le territoire de S_r .

La sensibilité thermique est troublée dans le territoire S_l (hypoesthésie pour le chaud surtout).

La sensibilité osseuse est très diminuée aux orteils à droite et le sens des attitudes est perdu dans la même région.

On ne note pas un grand élargissement des cercles de Weber. L'examen électrique (1) révèle à droite une DR assez prononcée sur les péroniers, un peu moins prononcée sur les extenseurs propre et commun des orteils et le pédieux. Traces de DR sur les muscles plantaires, fléchisseurs des orteils, jumeaux externes. Réactions diminuées sans DR sur le jumeau interne, réactions bonnes dans le reste du membre inférieur droit et dans le membre inférieur gauche. La ponction lombaire a donné issue à un liquide clair non hypertendu, contenant 0 gr. 75 d'albumine 0/00 et 3,5 lymphocytes par mm^3 . L'examen cytologique révèle de nombreuses cellules de nature épithéliale.

Le malade a été mis au traitement mercuriel et est déjà notablement amélioré.

M. le Pr Déjerine (2) rapporte dans sa sémiologie du système nerveux le cas d'une radiculite lombo-sacrée gauche avec paralysie dissociée des muscles de la région antéro-externe de la jambe (intégrité du jambier antérieur), chez un homme âgé de 48 ans, ayant présenté antérieurement

(1) Que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Huet.

(2) J. DÉJERINE, *Sémiologie du système nerveux*, 1914, p. 875.

ment deux attaques de sciatique, six ans et un an auparavant. L'examen électrique révèle une réaction de dégénérescence de l'extenseur commun des orteils, de l'extenseur propre du gros orteil et des péroniers. Réflexe achilléen aboli. Les troubles des sensibilités tactile, douloureuse et thermique, occupent les territoires des racines L_5 S_1 S_2 (partie inférieure) et un peu du domaine de L_4 . Pas de lymphocytose. Pas d'amélioration par le traitement mercuriel.

Les troubles moteurs peuvent s'étendre également au groupe des fléchisseurs de la loge postérieure de la jambe ; notre malade présentait déjà une légère diminution de force des jumeaux et des fléchisseurs, vérifiée par l'examen électrique et se rapproche par là de l'observation présentée par Clarac à la Société de Neurologie. L'extenseur commun, l'extenseur propre, les péroniers sont paralysés ; le jambier antérieur est intact, mais la flexion des orteils est un peu diminuée. Les troubles de la sensibilité affectent nettement la disposition radiculaire suivant L_{IV} L_V et S_I et un peu S_{II} à la partie tout inférieure. Le réflexe achilléen est très diminué.

OBSERVATION XXXI (Clarac) (1).

R..., 48 ans, camionneur, entre à la Salpêtrière le 27 mai 1911.

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Antécédents personnels. — Pas de vin, ni d'alcool, père d'une

(1) G. CLARAC, *Radiculite lombosacrée sensitivo-motrice* (*Revue neurologique*, 1912, t. II, p. 157).

fillette bien portante ; sa femme n'a point fait de fausses couches.

Il y a 6 ans 1/2, sans cause, première crise douloureuse au niveau de la région lombaire avec irradiation le long du membre inférieur gauche. Soigné à Tours pour sciatique par bains sulfureux, 42 injections de HgI^2 et des injections épidurales de stovaine. Au bout de 2 mois guérison totale apparente.

En juin 1910, nouvelle crise douloureuse analogue à la première, traitée dans le service de M. le P^r Raymond. Les douleurs disparaissent complètement en 1 mois 1/2 après 10 injections de HgI^2 .

Pendant ces deux crises les douleurs étaient caractéristiques, siégeant le long du sciatique. Points de Valleix, signe de Lasègue, exacerbation des douleurs par la toux, l'éternuement, les efforts.

L'état actuel date de 3 mois. Le malade, complètement remis de sa dernière crise douloureuse, avait repris son travail, quand un matin, en se levant, il ressentit une douleur violente à la région lombaire et tout le long du membre inférieur gauche, douleur que le malade compare à un déclinement nerveux, et qui dura une minute et demie environ. Aussitôt engourdissement et parésie de la jambe et du pied gauche.

Depuis les choses sont restées en cet état. Actuellement si l'on fait marcher le malade on remarque un steppage net de la jambe gauche dû à la chute du pied en varus équin.

Au repos, le pied est encore en varus équin. On constate encore que l'extension du gros orteil et des autres orteils est absolument impossible.

La flexion dorsale du pied sur la jambe est conservée partiellement, mais la force en est très diminuée, le mouvement s'accompagne d'une exagération de la torsion du pied en dedans (action prédominante du jambier antérieur). La flexion des orteils est conservée, mais un peu diminuée.

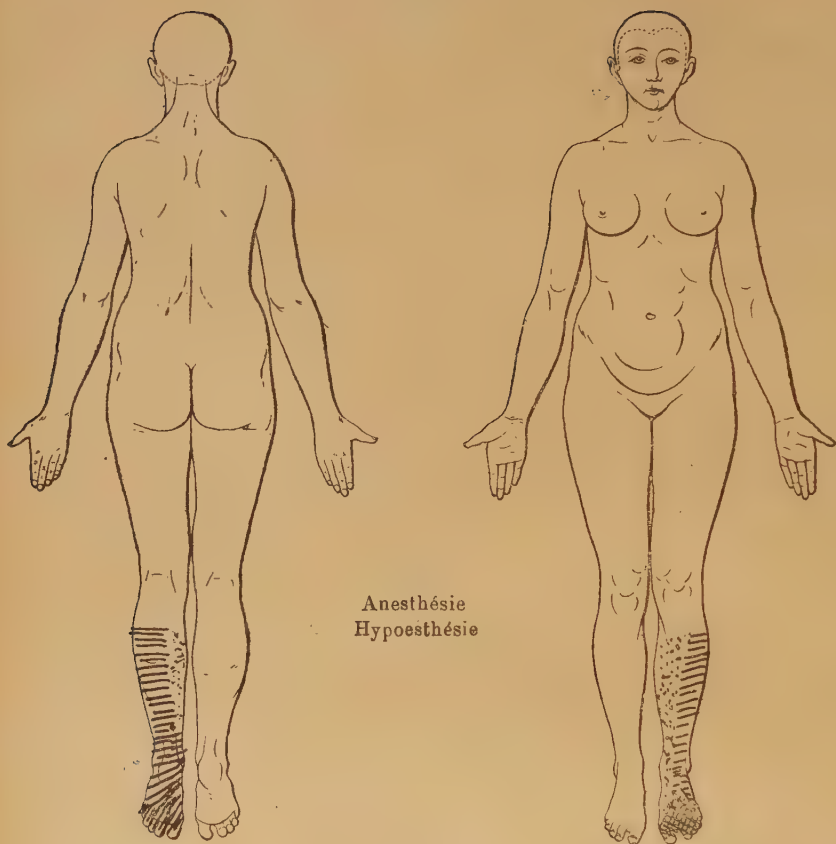


FIG. VII.

L'extension du pied sur la jambe est, au contraire, de force égale des deux côtés.

L'adduction du pied n'est pas modifiée, tandis que l'abduction est très limitée.

La torsion du pied en dedans est également sans modification tandis que la torsion en dehors est très limitée et faible à gauche.

La voûte plantaire n'est cependant pas plus affaissée à gauche qu'à droite.

Les autres mouvements de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin ne sont modifiés ni dans leur force ni dans leur étendue.

L'atrophie musculaire porte sur tout le membre inférieur gauche, manifeste à l'inspection, la mensuration la dénote facilement ; l'atrophie porte surtout sur les muscles de la loge externe de la jambe.

L'examen électrique montre que les muscles de la cuisse des deux côtés et de la jambe droite ont des réactions normales.

A la jambe gauche on note : jambier antérieur, pas de DR. Hypoexcitabilité faradique.

Extenseurs. — DR. Contractilité faradique très diminuée, inversion de la formule polaire aux points moteurs.

Péroniers latéraux. — DR. Contractilité faradique diminuée, inversion de la formule polaire aux points moteurs.

Jumeaux. — Réactions normales.

Réflexe rotulien est plus fort à gauche qu'à droite.

Réflexe achilléen très diminué à gauche tandis que la percussion du triceps sural produit, à gauche une contraction plus forte qu'à droite.

Babinski en flexion des deux côtés.

Les autres réflexes cutanés sont normaux. Les troubles de la sensibilité sont actuellement très restreints. Quelques fourmillements et crampes au niveau de la jambe et du pied, après une fatigue prolongée.

Pas de signe de Lasègue. La recherche des points de Valleix ne donne que quelques fourmillements à la jambe et aux orteils.

Trouble de sensibilité objective siégeant uniquement à la jambe et au pied gauche, s'arrêtant nettement au-dessous du genou.

Les troubles de la sensibilité douloureuse semblent plus marqués que les autres modes.

La sensibilité profonde est elle-même atteinte suivant la même distribution. La sensibilité osseuse est diminuée sur le pied gauche et l'extrémité inférieure du péroné, plus légèrement sur le tibia.

Les troubles vaso-moteurs consistent en un refroidissement notable de la jambe et du pied gauche. Le refroidissement est surtout notable sur la face externe de la jambe et le dos du pied, ou le malade accuse lui-même une sensation de froid et d'engourdissement.

Sur la face dorsale du pied gauche, tuméfaction œdémateuse rosée, non douloureuse, augmentant par la fatigue.

Pas de troubles de la sécrétion sudorale.

Aucun trouble sphinctérien.

La ponction lombaire donne un liquide d'aspect normal contenant 1 lymphocyte par millimètre cube.

Wassermann négatif.

Ni sucre ni albumine dans les urines.

A côté de ces cas où la dissociation paralytique scinde le groupe musculaire antéro-externe de la jambe, il y a des cas de sciatique nettement radiculaire où la paralysie s'étend à toute la loge musculaire.

La littérature nous offre les deux cas de MM. J. Déjerine et Quercy et de MM. Pelissier et Krebs : le premier présentant une paralysie de la loge antéro-externe et postérieure de la jambe et du court biceps, parésie en voie d'amélioration des muscles de la région postérieure de la cuisse et des fessiers avec hypoesthésie dans le domaine L_v S_I S_{II} : les fibres destinées aux sciatiques poplités externes et internes ont donc été touchées, à l'exclusion des fibres destinées aux collatérales du sciatique, au nerf cutané postérieur de la cuisse et aux nerfs fessiers : ce qui ne peut s'expliquer que par une lésion radiculaire.

Le second cas s'en différencie par une atteinte presque unique du groupe antéro-externe, avec légère atteinte du

quadriceps fémoral. Le territoire d'hypoesthésie s'étend à L_v et S_1 , sauf au niveau de la plante du pied.

La nature syphilitique de la lésion n'est pas ici confirmée, la blennorragie étant la seule maladie avouée par le malade.

Nous rapprochons de ces deux observations celle d'un malade que nous avons pu examiner et qui présentait également une parésie des muscles de la loge antéro-externe de la jambe avec hypoesthésie sur le territoire de S_1 empiétant un peu sur la partie inférieure du territoire S_2 , ainsi que celle d'une malade qui présente une radiculite plus généralisée. Nous résumerons tout d'abord deux observations publiées par P. Camus dans sa thèse et une observation rapportée par Dobrokhotoŭ.

OBSERVATION XXXII (P. Camus) (1) (*résumée*).

Depuis 6 mois douleurs lombaires très vives, puis « névralgie sciatique gauche » accompagnées d'affaiblissement des muscles, limité aux extenseurs du pied et des orteils. Sensibilité : Anesthésie face postérieure de la cuisse et antéro-externe de la jambe et du pied. Pas de points de Valleix. Signe de Lasègue douteux. Réflexe achilléen affaibli. Pas d'antécédents spécifiques. Le traitement mercuriel ne le soulage que momentanément. Un an plus tard il revient à l'hôpital avec une déviation de la colonne vertébrale et une profonde anesthésie d'une grande partie du membre inférieur gauche.

(1) P. CAMUS, *Thèse* de Paris, 1908, p. 59.

OBSERVATION XXXIII (P. Camus) (1) (*résumée*).

Depuis 3 mois douleurs d'abord lombaires bilatérales, puis irradiées aux cuisses et aux jambes surtout à gauche, exagérées par la toux et l'éternuement. Depuis quelques semaines affaiblissement progressif de la motilité du membre inférieur gauche. Diminution de force des muscles de la face antérieure de la cuisse, du jambier antérieur et des extenseurs des orteils.

Réflexe rotulien exagéré, achilléen aboli.

Hypoesthésie en bande de la colonne lombaire à la partie inférieure de la jambe, face externe. Guéri par le traitement mercuriel.

OBSERVATION XXXIV (Dobrokhotow) (2).

Téléjinski, 55 ans, arrive à Saki l'été 1912, pour douleur dans le membre inférieur gauche. Il est malade depuis le mois de mars et souffre de douleurs le long de la face externe du membre : tout le membre est hypoesthésié ; on note une anesthésie complète en forme de bande qui commence près des 2^e et 3^e apophyses lombaires, passe par la face externe de la cuisse et la face antérieure de la jambe et va se terminer, devenant de plus en plus mince, vers la face dorsale du pouce. Atrophie du jambier antérieur et paralysie des extenseurs du pouce et du pied.

(1) P. CAMUS, *Thèse de Paris*, 1908, p. 62.

(2) DOBROKHOTOW, *Sciatiques radiculaires (Revue de Médecine)*, 1914, p. 538.

Le signe de Laségue n'est pas classique, on ne peut noter les points douloureux de Valleix ; le réflexe rotulien gauche est aboli. Il prend 10 bains de boue minérale et 9 bains salés à la suite desquels les douleurs disparaissent.

Il semble bien ici que l'anesthésie réponde aux territoires S_{II} , et L_v , et empiète sur S_I , (sauf au pied).

OBSERVATION XXXV (Déjerine et Quercy) (1).

Agé de 42 ans, très vigoureux et exempt de tares héréditaires ou acquises connues : notons cependant quelques accès de fièvre au Dahomey, en 1897, et une adénite cervicale aiguë opérée il y 18 mois.

Il est atteint de sciatique droite qui s'est manifestée à trois reprises et de trois façons différentes : la première poussée eut lieu en 1905 et dura deux ans : ce fut d'abord une hypoesthésie marquée de la fesse et de la partie postérieure de la cuisse droite ; au bout de trois mois survinrent des douleurs progressives, continues, très pénibles et limitées à la fesse droite ; le médecin aurait constaté une atrophie évidente et une hypoesthésie objective marquée desdites régions. Au bout de 22 mois le malade se remet à marcher.

Jusqu'en 1910 le malade exerce un métier pénible comportant de longues marches sans rien ressentir d'anormal dans le membre inférieur droit : mais alors survinrent à nouveau des douleurs

(1) J. DÉJERINE et QUERCY, *Sciatique rad. dissociée* (*Revue Neurologique*, 1913, t. I, p. 127).

sourdes de la fesse droite : la jambe et le pied sont encore indemnes.

Au début de 1912 les troubles qui avaient affecté la cuisse et la fesse disparurent tandis qu'on notait au pied droit de l'impotence, de l'anesthésie et de l'ischémie : c'est en raison de ces troubles que le malade vient consulter le 4 janvier 1913.

Troubles moteurs. — Le pied droit est immobilisé dans l'attitude du repos, tous les muscles de la loge antéro-externe, de la loge postérieure, de la face dorsale et de la plante sont également et totalement paralysés. La contractilité idiomusculaire n'est pas exagérée. Les réflexes achilléens et plantaires ont disparu : ils sont intacts du côté gauche. A droite pas de réflexe cutané plantaire.

Par contre, les muscles postérieurs de la cuisse droite ne sont que très peu parésés : réflexes normaux ainsi que ceux des fessiers. Réflexe rotulien vif.

Examen électrique. — Jambier antérieur, extenseurs et péroniers DR. Jumeaux DR avec égalité polaire.

Muscles postérieurs profonds DR. Courte portion du biceps DR avec inversion de la formule.

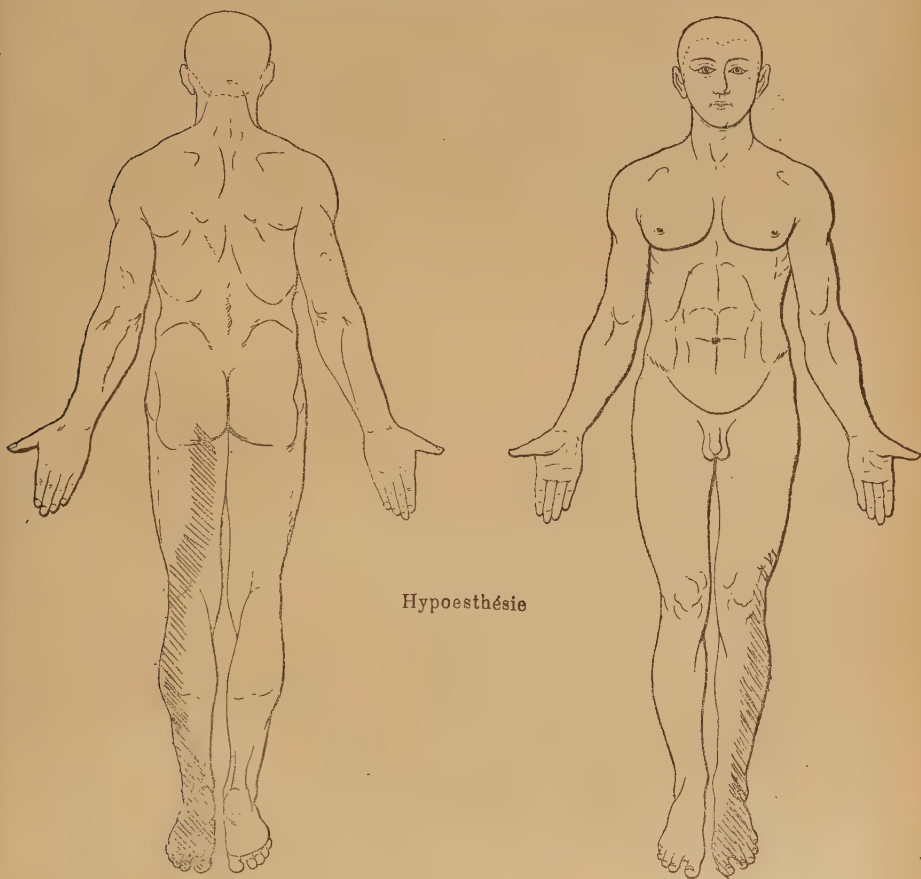
Dans les autres muscles postérieurs de la cuisse, traces de DR anciennes, réactions normales dans le domaine des nerfs obturateur et crural.

Troubles sensitifs. — Déficit de toutes les sensibilités dans la totalité du territoire de la V^e racine lombaire, et de la I^{re} et II^e racines sacrées : hypoesthésie sur la face postérieure de la cuisse et postéro-externe de la jambe, anesthésie presque absolue de tout le pied.

Il n'y a pas de signe de Lasègue, et seule, la palpation profonde de la gouttière ischiotrochantérienne provoque une douleur.

Troubles musculaires et trophiques. — Le pied et la moitié inférieure de la jambe sont légèrement œdématisés et très cya-

nosés : on note une différence de température de plus de 10° entre les deux pieds. La peau est lisse, les ongles épais : les artères poplitée, tibiale postérieure et pédieuse sont introuvables.



Hypoesthésie

FIG. VIII.

Le lendemain, ces derniers troubles se sont très modifiés : la différence de température est réduite, les artères pédieuse et tibiale postérieure battent normalement.

Tout le reste est normal, pas d'Argyll, pas de troubles sphinctériens. Le liquide céphalo-rachidien ne contient ni lymphocyte ni excès d'albumine ou de sucre.

OBSERVATION XXXVI (Pélissier et Krebs) (1).

Ron..., 77 ans, marchand de café, est entré à la Salpêtrière le 6 février 1914, pour sciatique.

Rien de particulier dans les antécédents. Blennorrhagie à 24 ans de laquelle il a gardé quelque temps un rétrécissement urétral : « Fluxion de poitrine » à 32 ans. Depuis une douzaine d'années, hypertrophie prostatique.

Il nie absolument toute syphilis.

Souffre de la jambe droite depuis trois mois. Il a commencé par ressentir une douleur sourde dans la fesse et le genou droits, douleur qui a peu à peu augmenté d'intensité.

Au bout de trois mois, elle était devenue très vive et avait gagné le pied. Le malade s'est mis à boiter. Les symptômes douloureux et moteurs allèrent en s'accroissant, mais la douleur, plus intense, tendait à se localiser au pied. C'étaient des lancées extrêmement pénibles, plus intenses la nuit.

A l'entrée du malade dans le service, le diagnostic de sciatique est évident par l'existence d'un signe de Lasègue extrêmement marqué et celle des points de Valleix fessier, péronier malléolaire.

Les troubles moteurs consistent dans une paralysie des muscles du groupe antéro-externe de la jambe. Le malade marche en steppant. Il lui est absolument impossible de relever le pied.

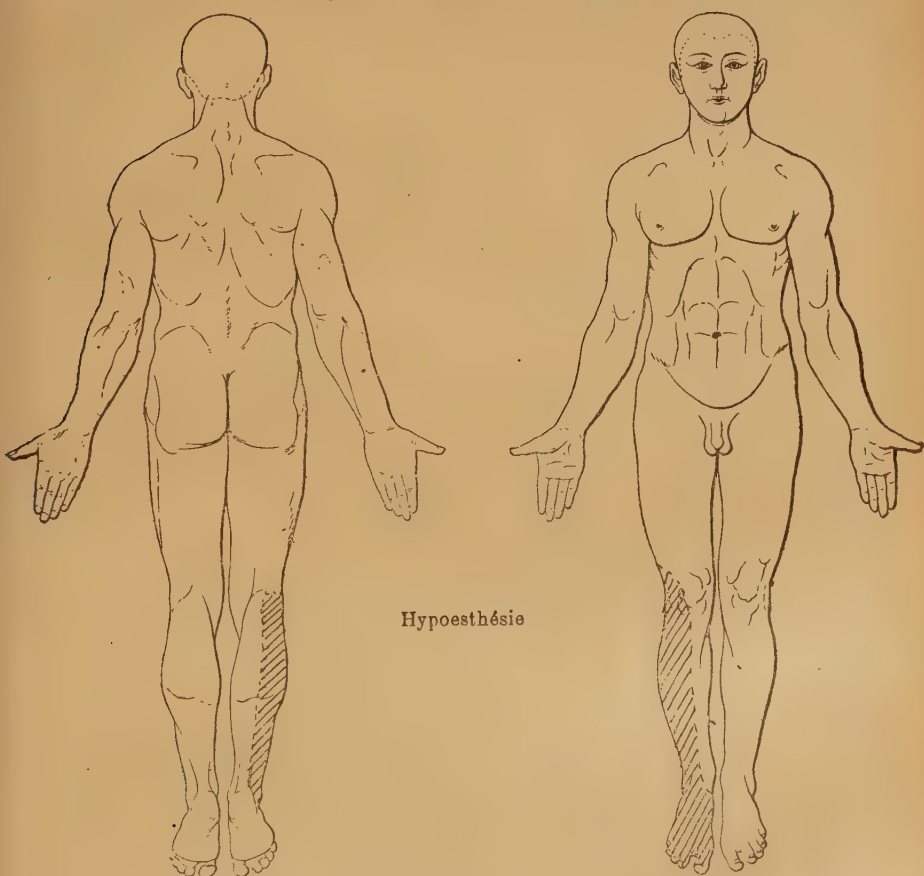
Extension des orteils à peine ébauchée.

(1) A. PÉLISSIER et KREBS, *Un cas de sciatique radiculaire dissociale* (*Revue neurologique*, 1911, p. 320).

Le jambier antérieur parvient à faire exécuter une esquisse de mouvement au pied. Par contre, les péroniers latéraux sont absolument paralysés.

Tous les autres muscles du membre inférieur ont leur amplitude et leur rapidité normale ; la force est toutefois un peu affaiblie par la flexion plantaire du pied, la flexion et l'extension du genou, l'abduction et la flexion de la cuisse.

Les muscles de la loge antéro-externe de la jambe sont nettement atrophiés. L'atrophie musculaire atteint encore, quoique beau-



Hypoesthésie

FIG. IX.

coup moins marquée, les masses musculaires du mollet et de la cuisse ; l'examen électrique dénote une DR partielle limitée au territoire du nerf sciatique poplité externe, rien dans les autres muscles.

Réflexe achilléen droit nettement plus faible que le gauche. De même, pour le réflexe patellaire en flexion des deux côtés.

La sensibilité superficielle est diminuée dans ses trois modes sur la moitié externe de la jambe et le dos du pied.

En avant et en dehors, elle remonte un peu sur la face externe de la cuisse ; en arrière elle s'arrête au creux poplité. La sensibilité osseuse est diminuée sur les os du pied et le tibia ; à cet égard, notable différence entre les malléoles intimes et externes.

Sens des attitudes normal.

Troubles atrophiques de la peau limités à la partie inférieure et externe de la jambe et sur le dos du pied. Dans la zone malléolaire externe ils sont au maximum ; peau ichtiosique, craquelée, crevassée, squameuse.

Ponction lombaire : Pas de lymphocytose.

OBSERVATION PERSONNELLE XXXVII.

B... Julien, âgé de 39 ans, cocher, entré à la salle Prus (Salpêtrière) dans le service du Prof. Déjerine, se plaignant d'une douleur dans la région du sciatique descendant jusqu'au cou de pied.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier à signaler.

Antécédents personnels. — Le malade ne se souvient d'aucune maladie, si ce n'est une rougeole dans l'enfance. Il nie la syphilis et n'en présente aucun stigmate : pas de céphalée, pas de leucoplasies, pas de cicatrices ; marié à l'âge de 28 ans, il a

trois enfants bien portants ; sa femme n'a jamais fait de fausses couches.

Histoire de la maladie. — Il y a 11 ans, le malade commença à sentir des douleurs dans la région lombaire droite. C'était une douleur intermittente, paroxystique, irradiant dans la cuisse droite et le mollet. Le malade raconte de lui-même que sa douleur était réveillée par le moindre effort et surtout par la toux. Le malade suivit un traitement balnéaire et sa douleur rétrocéda d'intensité et disparut un an après.

Quatre ans plus tard le malade recommence à souffrir de la région lombaire, mais cette fois-ci du côté gauche : la douleur descendit dans la cuisse et le mollet droit, encore plus violente que lors de sa première crise ; le malade était resté alité pendant un mois ; au bout de ce temps la douleur disparut et le malade se crut guéri.

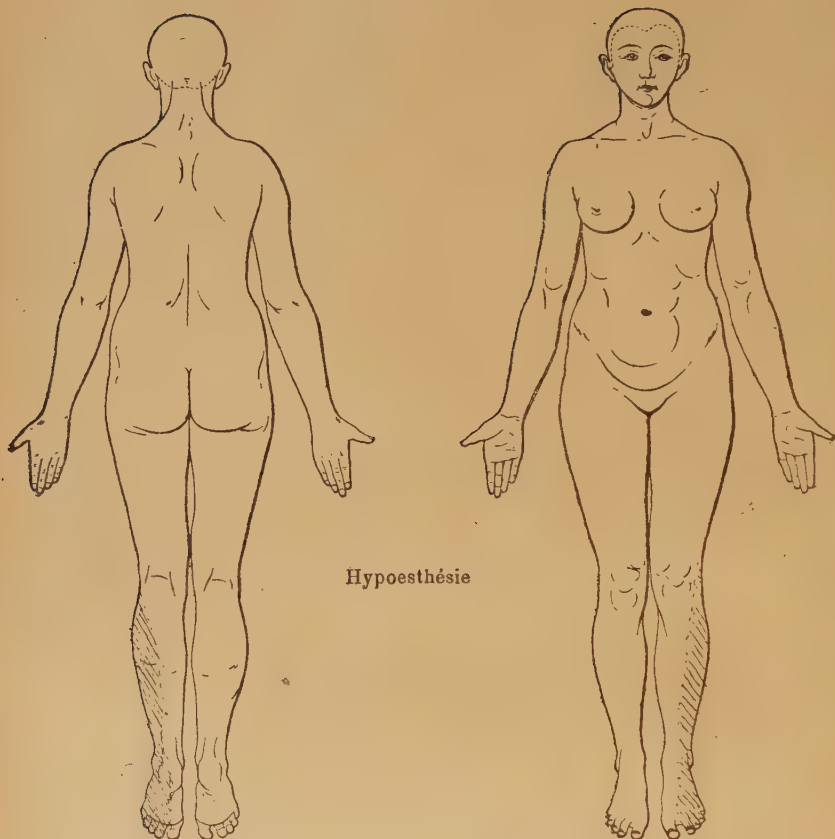
En 1911, troisième accès, caractérisé cette fois encore par des douleurs lombaires, irradiant dans la cuisse et la jambe gauches, douleurs continues, vives, exaspérées par la toux et l'éternuement ; cette crise dura dix-huit jours.

Il y a deux mois environ, le malade ressentit de nouveau des douleurs dans la région lombaire gauche qui, quinze jours plus tard, irradiaient dans la cuisse, la jambe et le cou de pied gauche.

Le malade signale, en outre, une crise d'urticaire entre le deuxième accès et le troisième.

Etat actuel. — Le malade marche difficilement à cause de la douleur, réveillée par la pression du pied gauche sur le sol.

Examen de la motilité. — Tous les mouvements sont conservés avec la force musculaire intacte au membre inférieur droit.



Hypoesthésie

FIG. X.

Du côté gauche les mouvements de flexion, d'extension de la cuisse sur le bassin sont conservés, ainsi que l'adduction et l'abduction de la cuisse. La flexion et l'extension de la jambe sur la cuisse sont un peu diminuées, ainsi que l'extension du pied et des orteils, qui est notablement moins accentuée qu'à droite.

Les réflexes rotuliens sont normaux, égaux des deux côtés.

Le réflexe achilléen droit est aboli, tandis qu'il est normal du côté gauche. Le réflexe du tenseur du *fascia lata*, normal à droite est diminué à gauche.

Le réflexe cutané plantaire est normal des deux côtés.

Le réflexe crémasterien gauche est normal, le droit est affaibli.

Le réflexe abdominal gauche inférieur est aboli.

Troubles trophiques. — On constate une amyotrophie généralisée de tout le membre inférieur gauche.

Tour de mollet droit	33 centimètres	gauche	32 centimètres
» de cuisse	» 45	»	» 43

Pas de troubles trophiques de la peau, pas de troubles circulatoires.

Examen de la sensibilité. — Sensibilité subjective. Le malade ressent de vives douleurs le long de la face postérieure de la cuisse et de la jambe gauche, ainsi qu'au niveau du cou de pied.

La pression des masses musculaires est douloureuse, pour tous les muscles du membre inférieur gauche.

On note également une douleur à la pression, au niveau de la tête du péroné.

Sensibilité objective. — α) tactile.

Au membre inférieur gauche, on trouve à l'examen une zone d'hypoesthésie à la partie antéro-externe de la jambe, remontant jusqu'au-dessus du condyle externe du fémur et descendant sur la partie externe de la face dorsale du pied et sur les faces dorsales des quatre orteils.

A la plante du pied hypoesthésie des deux tiers externes, remontant sur la partie externe du cou de pied et du mollet jusqu'à trois doigt au-dessous de la tête du péroné.

β) douloureuse : Hypoesthésie dans la même région.

γ) thermique : Le malade a une sensation du chaud beaucoup moins bien perçue dans le même territoire.

Sensibilités profondes. — Le sens des attitudes est perdu pour les trois derniers orteils :

La sensibilité osseuse au diapason est très diminuée aux orteils. Les cercles de Weber sont très élargis dans le même territoire que l'hypoesthésie.

Du côté droit aucun trouble de sensibilité.

Pas de troubles sphinctériens. Pas d'Argyll-Robertson. La ponction lombaire pratiquée le 17 novembre a donné issue à un liquide clair non hypertendu, très albamineux (2 grammes 0/00) et 16 lymphocytes par millimètre cube. Rien aux autres organes.

L'examen électrique des muscles, fait le 19 novembre, montre des réactions normales dans tout le membre inférieur gauche.

Nous avons donc un cas de sciatique radiculaire à forme surtout sensitive, portant sur les deux premières racines sacrées, et probablement de nature syphilitique en raison de la grosse lymphocytose.

Le traitement antisyphilitique a été institué.

OBSERVATION PERSONNELLE (1) XXXVIII

B..., âgée de 30 ans, souffre de douleurs et de faiblesse dans le membre inférieur droit.

Antécédents héréditaires. — Père éthylique. Mère bien portante mais ayant eu sur 14 enfants 8 morts nés, 1 morte à 4 ans de tuberculose et 1 actuellement atteint de pneumonie caséuse.

Antécédents personnels. — Rien de particulier jusqu'en 1910. Fluxion de poitrine bilatérale à 11 ans ; essoufflement et palpitation d'effort depuis son enfance.

En 1910 la malade a eu une crise de sciatique du côté droit ; trois ans après nouvelle crise de sciatique ; la malade est mise

(1) Communication faite à la Soc. de Neurologie le 3 décembre 1914.

au traitement mercuriel et les douleurs rétrocedent rapidement.

Il y a huit mois, douleurs violentes dans le domaine du trijumeau gauche, surtout à la région temporale et sous-orbitaire.

Depuis quinze jours la malade constate de la faiblesse du membre supérieur droit, des fourmillements au poignet et des douleurs irradiées le long du bras et de l'avant-bras.

Examen actuel. — La malade actuellement ne souffre de sa jambe droite qu'après la marche ; elle constate alors de l'engourdissement et une faiblesse très marquée des muscles extenseurs du pied.

Du côté des membres supérieurs la malade accuse de la douleur à la pression profonde du bras droit et de la limitation, par la douleur, des mouvements de son bras.

Membre inférieur gauche : motilité et sensibilité intacte.

Réflexes tendineux : normaux.

Membre inférieur droit. Le membre n'est pas atrophié et ne présente pas d'œdème.

Réflexes. — Les réflexes rotulien, achilléen surtout et celui du tenseur du *fascia lata* sont affaiblis.

Motilité. — Tous les mouvements de la cuisse sont bien conservés, ainsi que l'extension de la jambe ; la flexion est légèrement affaiblie.

La flexion dorsale du pied est assez diminuée ; celle des orteils ne l'est que légèrement.

Sensibilité. — La sensibilité tactile présente une zone d'hyperesthésie à la face antéro-externe de la jambe, à la face dorsale du pied sauf le gros orteil et le 1^{er} métatarsien et aux 2/3 externes de la face palmaire.

L'hyperesthésie à la piqure est beaucoup plus étendue et occupe en plus la face postérieure de la cuisse, suivant une bande de 5 doigts d'épaisseur qui monte, en s'élargissant, sur la fesse

jusqu'au niveau de la crête iliaque, respectant la partie interne de la fesse.

Les sensibilités profondes ne sont pas touchées.

Membre supérieur droit. — On trouve une zone d'hyperesthésie en bande le long de la face interne de l'avant-bras et du bras, empiétant en crosse à la partie supéroexterne droite du thorax.

Pas de troubles de la motilité.

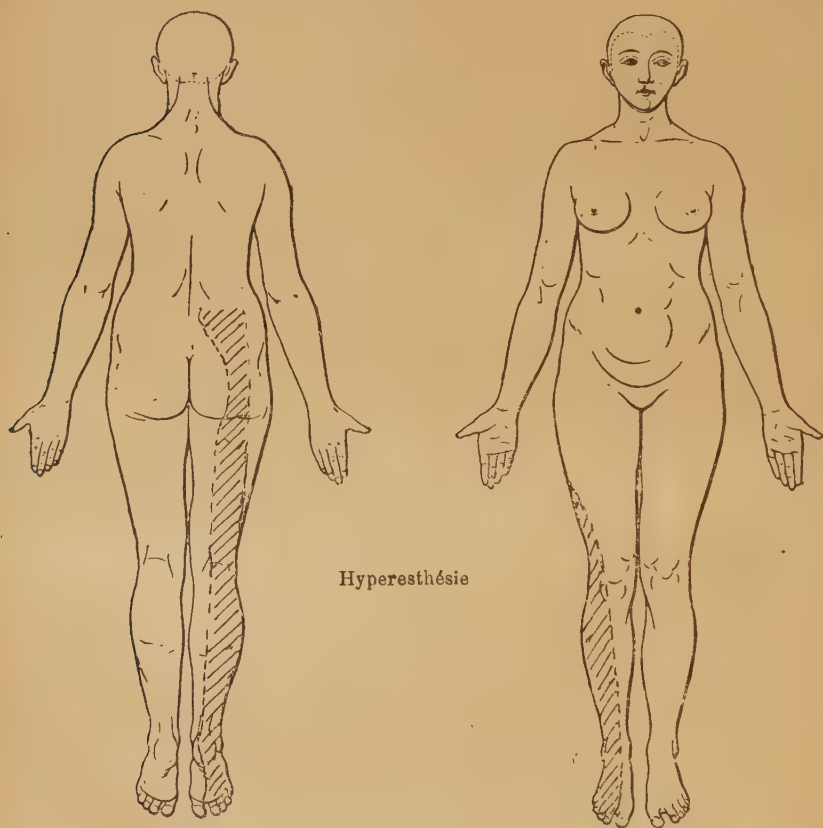


FIG. XI.

On trouve à la face une zone d'hyperesthésie occupant la région molaire gauche sur une étendue de trois à quatre centimètres carrés.

Autres organes. — Respiration rude et sous-crépitaux au sommet gauche du poulmon.

A la pointe du cœur souffle présystolique et dédoublement du second bruit à la base. Rétrécissement mitral qui, d'après les affirmations de la malade, semble congénital.

Ponction lombaire. — Très hypertendu ; le liquide céphalo-rachidien ne contient ni albumine, ni lymphocyte.

La malade qui a déjà eu, lors de sa deuxième crise de sciatique, une série d'injections mercurielles est remise au traitement.

Cette malade, jeune fille, nie la syphilis dont on ne trouve d'ailleurs aucun stigmate.

La polymortalité infantile de ses frères et sœurs est le seul indice d'hérédospécificité, avec une dureté de l'ouïe que la malade déclare dater de sa plus tendre enfance.

Nous aurions donc ici une radiculite hérédospécifique, radiculite qui n'est d'ailleurs pas localisée aux racines lombosacrées, mais qui s'étend également au trijumeau et aux racines cervicales.

Nous n'avons pas, à notre grand regret, pu pratiquer l'examen électrique des muscles du membre inférieur.

RADICULITES LOMBAIRES

Les radiculites lombaires n'entrent pas, à vrai dire, dans le cadre de la sciatique radiculaire lorsque seules sont atteintes les premières racines lombaires ou bien encore lorsqu'elles participent à des lésions de radiculites dorsales. Nous rapporterons cependant ici l'observation présentée par MM. Jeanselme et Sezary à la Société de Neurologie (1), qui est un type très intéressant de lésions des racines lombaires.

OBSERVATION XXXIX.

C..., 47 ans, entre fin mai à Tenon pour vives douleurs dans la région lombaire et dans la jambe gauche.

Nie la blennorrhagie et la syphilis : pas de stigmate de vérole : légère leucoplasie labiale. Grand fumeur. Ethylique. Tempérament nerveux.

(1) JEANSELME et SEZARY, *Soc. de Neurologie*, 4 juillet 1907.

En juin 1906, crises douloureuses avec fourmillements et sensations de brûlure dans les pieds, survenant 5 à 6 fois par mois et rappelant tout à fait l'aeroparesthésie. Arrêt de sécrétion sudorale des pieds, qui auparavant était très exagérée.

En juillet et en août 1906, douleurs suivant le trajet du crural et au niveau des adducteurs de la cuisse droite, calmées par des pointes de feu, puis disparaissant lentement.

Le 9 mai 1907 à Tours, un matin, à la suite d'une quinte de toux et en se baissant pour prendre son crachoir, le malade ressent subitement dans les reins une douleur très vive, irradiant aussitôt dans la cuisse gauche et l'immobilisant par son intensité. Une heure après seulement il peut se lever et faire péniblement quelques pas : il lui semble souffrir moins debout qu'assis ou couché. Trois heures après on le transporte à l'hôpital, où on lui fait 2 piqûres de morphine ; il y reste trois jours, souffrant un peu moins, mais redoutant de tousser, car la toux réveille la douleur dans la région lombaire et à la cuisse. Il constate alors lui-même que, à la partie antérieure de la jambe, il ne sent plus le tact, ni la douleur, ni la température. Revenu à Paris.

Etat au 1^{er} juin. — Douleur sourde dans la région lombaire gauche et sur le trajet du crural, augmentée par la toux, avec quelques exacerbations paroxystiques surtout nocturnes, gênant la marche.

La pression sur le trajet du crural est moyennement douloureuse. Pas de signe de Lasègue. Des points de Valleix de la sciatique on ne trouve que celui de la partie moyenne de la cuisse.

Bande d'anesthésie absolue au 3 modes au devant du tibia gauche, large de 3 travers de doigt ; se poursuivant en bas, au-dessus du cou de pied, par une bande d'hypoesthésie allant

jusqu'à la racine des orteils, qui ne présentent aucun trouble de sensibilité ; se continuant en haut, à partir du genou, avec une zone radiculaire d'hypoesthésie remontant vers la région lombaire, en suivant les faces externe puis postérieure de la cuisse.

Réflexe rotulien très diminué à gauche, vif à droite. Réflexes achilléens normaux des deux côtés. Pas de clonus du pied, pas de Babinski ; réflexe crémasterien nul à gauche, net à droite. Réflexe abdominal identique des deux côtés.

Atrophie notable de la cuisse et de la jambe gauches, dont la force musculaire est un peu diminuée par rapport au côté droit.

Examen électrique fait par M. Rieder. Au courant faradique tous les muscles réagissent normalement à la fesse, à la cuisse, à la jambe et au pied des deux côtés, sauf le quadriceps crural et le jambier antérieur gauches dont la contraction est molle et nettement retardée (pas de réaction d'épuisement).

Au courant galvanique ces deux mêmes muscles présentent seuls une modification : contraction retardée (avec le pôle négatif 3 milliampères à droite, 8 milliampères à gauche), pas de DR nette, mais N F S presque égal à P F S.

Le membre inférieur droit ne présente actuellement aucun trouble de motilité ou de sensibilité. Pas de scoliose. Réactions pupillaires normales ; aucun signe de tabes : urines normales.

Ponction lombaire. — Lymphocytose légère, 6 à 8 éléments par champ (ocul. 3, obj. 6 Leitz).

Soumis au traitement mercuriel ce malade a guéri.

Cette observation, où la paralysie dissociée du quadriceps crural et du jambier antérieur est si nette, est à rapprocher

de l'observation de méningoradiculite sacro-coccygienne, publiée par Padoa et que nous reproduisons au chapitre des radiculites de la queue de cheval. Chez ce malade nous voyons, au contraire, le quadriceps et le jambier antérieur rester indemnes, tandis que presque tous les autres muscles de la cuisse et de la jambe sont atteints.

Nous avons déjà eu l'occasion de rencontrer plusieurs cas de dissociation du jambier antérieur dans des paralysies limitées au groupe antéro-externe de la jambe qui vérifient une fois encore l'innervation radiculaire toute particulière de ce muscle.

OBSERVATION XL

MM. Mosny et Malloizel ont publié (1) un cas de méningoradiculite lombaire consécutive à une ostéite tuberculeuse transversovertébrale.

Il s'agit d'un homme âgé de 23 ans qui, depuis trois mois, souffre de douleurs lombaires avec douleur exquise à la pression de la première apophyse costiforme lombaire droite ; on constate un enfoncement latéral au niveau de la sixième vertèbre dorsale.

Réflexes rotuliens presque abolis ; la ponction lombaire révèle un liquide céphalo-rachidien clair avec 6-10 lymphocytes par champ.

Quinze jours après, hyposthésie très nette à la face intéro-

(1) MOSNY et MALLOIZEL, *Soc. Méd. des hôpitaux*, 1906, 9 novembre.

externe de la cuisse gauche, bande large comme la main, s'arrêtant à trois travers de doigt de l'interligne articulaire du genou, en haut, au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; une semaine après, hypoesthésie identique à droite, c'est-à-dire dans le territoire de la deuxième racine lombaire.

RADICÛLITES SACROCOCCYGIENNES

Le diagnostic entre la sciatique, telle que la concevaient les auteurs classiques, et telle que la décrivaient Trousseau et Landouzy, et les affections de la queue de cheval était fort aisé à faire et les traités de médecine mettaient simplement le clinicien en garde de ne pas confondre le début douloureux d'une compression de la queue de cheval avec une sciatique banale ; mais depuis, que la notion des radiculites sciatiques a pris naissance, la démarcation entre ces deux affections devenait de plus en plus théorique. Toutes les formes de transition ont, en effet, été constatées en clinique, depuis l'atteinte unique d'une racine du sciatique (la V^e lombaire, cas Déjerine et Regnard) jusqu'à la compression englobant toutes les racines de la queue de cheval des deux côtés. Lortat Jacob et Sabareanu différencient les deux affections, d'une part, par l'unilatéralité de la sciatique radiculaire, d'autre part, par la constance des troubles sphinctériens et des troubles génitaux dans les radiculites sacrococcygiennes, et Raymond et Minor établissent au niveau de la troisième sacrée la frontière de ces deux entités morbides.

C'est là, certes, schématiser à outrance le diagnostic de ces deux affections. Très fréquemment, en effet, la radiculite peut n'atteindre au début qu'un nombre limité de racines, avec une prédominance sur celles qui vont contribuer à former le tronc du nerf sciatique, et alors les troubles génito-urinaires vont faire défaut. La bilatéralité par contre de la sciatique radiculaire a, comme nous avons eu l'occasion de le voir, été rencontrée plusieurs fois.

Bien plus, la compression de la queue de cheval peut être unilatérale et nous en verrons une observation très typique.

L'existence de radiculites sacrococcygiennes ne pouvait certes pas être publiée avant que les travaux de M. le P^r Déjerine n'aient mis en valeur l'existence même des radiculites en général, mais on peut actuellement retrouver, en relisant le travail si documenté de M. Dufour (1), deux observations de névrites radiculaires de la queue de cheval dues à des lésions de méningite rachidienne de nature probablement tuberculeuse, en relation avec une tuberculose vertébrale. De nombreuses observations, accompagnées d'autopsie dans plusieurs des cas, de Lance-reaux, Thorburn, Bechterew rapportent des lésions méningo-radiculaires avec dégénérescence limitées aux racines sacrées de nature vraisemblablement spécifique.

Cestan et Babonneix (2), Bartels (3) ont publié des cas fort intéressants de lésions des nerfs de la queue de cheval

(1) DUFOUR, *Contribution à l'état des lésions des nerfs de la queue de cheval* (Thèse de Paris, 1896).

(2) CESTAN et BABONNEIX, *Gazette des hôpitaux*, 13 février 1901.

(3) BARTELS, *Mitt. a. d. grenzgeb. d. med. u. chir.*, 1903, Bd. XI.

par pachyméningite comprenant les racines sacrées. Italo Rossi (1) et Padoa (2) s'attachèrent à distinguer les cas dus à des radiculites de ceux que l'on pouvait attribuer à des lésions du cône médullaire. Ce diagnostic est très difficile dans certains cas et la présence ou l'absence d'un seul symptôme ne le permet certainement pas, et ce n'est que par la réunion de plusieurs signes, par l'évolution de l'affection et bien souvent par le résultat nécropsique seul que l'on pourra porter un diagnostic certain.

Plusieurs symptômes n'auront qu'une valeur de probabilité relative, nous les énumérerons rapidement.

La dissociation de la sensibilité, à type syringomyelique semblerait à première vue de première importance en faveur d'une lésion médullaire : MM. Raymond et Padoa ont montré qu'on peut la rencontrer dans les polynévrites, l'hystérie et le tabes.

La symétrie des symptômes n'a aucune valeur, pas plus que l'existence de troubles trophiques. Le signe de Schultze (3), la présence des contractions fibrillaires, s'observe plus fréquemment dans les altérations des noyaux médullaires, que dans les lésions radiculaires.

L'amélioration progressive de la maladie sera beaucoup plus en faveur d'une radiculite, l'aggravation, au contraire, fera pencher vers une lésion de la moelle. Telle est la loi de Raymond qui souffre cependant de curieuses et fréquentes

(1) ITALO ROSSI, *Archives de Neurol.*, 1906, n° 116, p. 81.

(2) PADON, *Archives gén. de Méd.*, 1907.

(3) SCHULTZE, *Deutsche Zeitsch. für Nervenheilkunden*, Bd. V, 1891.

exceptions, mais dans sa généralité conserve une grande importance diagnostique.

L'examen électrique montrant une altération musculaire à distribution radiculaire est certainement un très bon signe.

La ponction lombaire peut, dans beaucoup de cas, trancher le diagnostic, soit qu'elle révèle une hémorragie méningée, soit qu'on trouve une lymphocytose du liquide céphalorachidien.

Il est enfin un symptôme qui a une valeur sémiologique de première importance. C'est la douleur. Les douleurs persistantes atroces, à caractère paroxystique, exagérées par toute cause d'hypertension ou d'ébranlement du liquide céphalo-rachidien, sont plutôt liées à des affections radiculaires : les quelques observations publiées de lésions médullaires avec des douleurs très vives s'expliquent par l'atteinte des cordons blancs de la moelle.

Il est cependant malaisé d'établir un diagnostic sur un élément aussi subjectif que l'intensité d'une douleur. Un excellent renseignement est donné par l'apparition précoce des douleurs antérieurement à toute paralysie.

Nous avons relevé dans la bibliographie deux observations de méningo-radiculites, toutes deux spécifiques, dont une bilatérale et une hémi-queue de cheval. Nous avons nous-même eu l'occasion d'examiner une « queue de cheval » par radiculite, et nous en rapportons également l'observation complète. Nous pouvons rapprocher de ces trois cas l'observation de radiculite syphilitique prédominant sur les racines antérieures, publiée par MM. Ardin Delteil et Dumoulard (1) et que nous avons déjà rapportée

(1) ARDIN, DELTEIL et DUMOULARD, *Soc. de Neurol.*, 2 mai 1907.

à propos des formes motrices des sciatiques radiculaires.

L'observation suivante est assez caractéristique et la topographie radiculaire y est très marquée surtout au point de vue de la sensibilité objective.

OBSERVATION XLI (G. Padoa) (1) *Résumée.*

B..., âgé de 50 ans, laitier, entre le 24 août 1906 dans le service du professeur Raymond.

A 45 ans, chancre traité par pilules et iodure. Jamais d'accidents secondaires.

Début deux ans et demi auparavant par des douleurs très vives au niveau de la fesse, de la cuisse, de la jambe droite jusqu'au pied, à exacerbations nocturnes. Six mois après mêmes douleurs du côté gauche.

Ce n'est qu'un an après le début de la maladie que surviennent un engourdissement et bientôt un affaiblissement d'abord dans les muscles du membre inférieur droit, puis dans ceux du membre gauche ; et déjà le contact des vêtements, les sensations douloureuses ne sont plus perçus qu'incomplètement par le malade. Sensation de froid aux membres inférieurs.

Marche très gênée, station debout bientôt impossible.

Six mois après rétention d'urine et des matières alternant avec de l'incontinence et anesthésie des muqueuses vésicales et rectales érection impossible : éjaculation conservée.

Traitement à l'Hôtel-Dieu, par injection d'huile grise sans résultat appréciable.

(1) PADOA, *Contribution à l'étude des hippuopathus* (*Archives générales de Méd.*, 1907, p. 254.

Examen. — Douleurs le long des deux membres, moins intenses qu'au début, s'atténuant après la marche ou le massage.

Un peu d'incontinence de l'urine et des matières.

Atrophie très prononcée plus à gauche qu'à droite des muscles fessiers, biceps, demi-tendineux, demi-membraneux, jumeaux, péroniers et muscles du pied. Pas de contractions fibrillaires.

Réflexe rotulien normal à droite, très légèrement exagéré à gauche, achilléens abolis des deux côtés, crémastériens vifs.

Motilité. — Extension et flexion des articulations coxo-fémorales et du genou peuvent se faire complètement : adduction de la cuisse un peu réduite, plus à gauche qu'à droite, ainsi que la rotation de la cuisse en dehors avec abduction. Le mouvement du pied des deux côtés, et spécialement le mouvement d'adduction du côté gauche sont assez limités. L'extension et la flexion du gros orteil normales. Très réduites pour les autres orteils surtout à gauche ainsi que flexion et abduction du petit orteil. Faiblesse des 1^{er} et 2^e lombri-caux, paralysie des 3^e et 4^e.

La station debout est possible sur les pieds, suffisamment écartés.

Signe de Romberg. — Le malade marche sur les talons qu'il traîne sur le sol ; rotation externe du pied droit.

Signe de Lasègue plus net à gauche qu'à droite.

Sensibilité. — Hypoesthésie tactile, douloureuse et thermique très marquée à la partie interne des fesses, et postéro-internes des cuisses plus étendue et plus accentuée à gauche qu'à droite ; le long du bord externe des deux pieds et au niveau des régions du métatarse et des quatre derniers orteils, toujours plus marquée à gauche qu'à droite. Les troubles de la sensibilité thermique sont plus étendus que ceux des autres sensibilités.

Examen électrique (très résumé) : DR dans fessiers, demi-tendineux et demi-membraneux, extenseur commun des orteils, péroniers, pédieux, jumeaux, abducteur du petit orteil dans les deux membres.

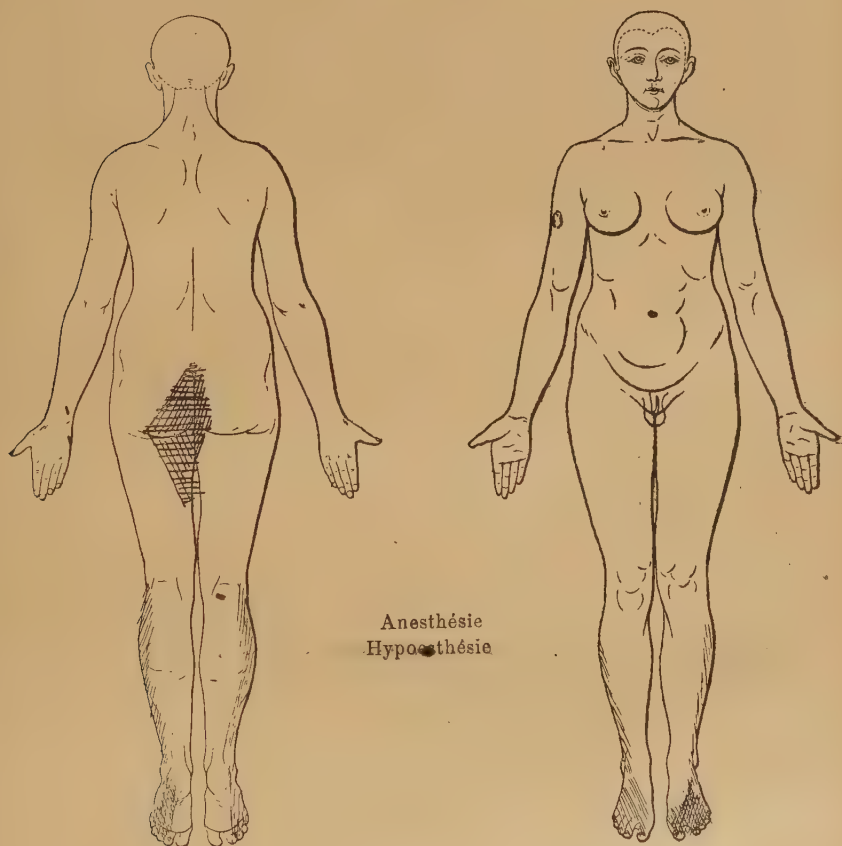


FIG. XII.

Malgré l'absence d'autopsie, il n'est pas téméraire de se prononcer ici en faveur d'une radiculite : l'atrocité des douleurs, leur apparition un an avant les troubles moteurs, l'absence de contractions fibrillaires, l'amélioration de la

maladie, la concordance de la distribution radiculaire des troubles moteurs et sensitifs, tout plaide en faveur d'une lésion radiculaire de nature syphilitique; le fait qu'un grand nombre de racines soient prises et que plusieurs d'entre elles ne donnent que des signes de lésion très partielle, s'expliquerait assez bien par la présence d'un processus méningé ayant atteint secondairement les racines.

La topographie des troubles de sensibilité localise la lésion aux racines L_V , S_I , S_{II} , S_{II} ; celle des troubles moteurs aux racines L_{IV} L_V S_I S_{II}

OBSERVATION XLII (Laignel Lavastine) (1).

Femme de 30 ans, 6 ans avant, ablation de la saphène droite pour varices et ulcères de la jambe. Depuis 3 mois, douleurs dans la jambe droite, en même temps qu'un affaiblissement progressif, qui ne l'empêchait pas de marcher, quand le 20 janvier dans la journée, brusquement, en marchant, et sans ressentir de douleurs, elle s'aperçut que la jambe gauche devenait lourde et qu'elle ne pouvait plus monter un escalier.

Faiblesse gauche diminue les jours suivants, sans douleurs et sans troubles sphinctériens.

Depuis le 14 février, rétention d'urine.

22 février, elle persiste. Constipation opiniâtre, cède un peu aux lavements. Marche impossible sans aide; la malade s'écroule sur

(1) LAIGNEL LAVASTINE : *Syndrome de l'« héli-queue de cheval », par méningo-radiculite syphilitique* (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1908, p. 117).

ses jambes. Soutenue, elle stoppe de la jambe droite; elle traîne l'avant-pied droit.

La force musculaire, nulle à droite pour les mouvements actifs et passifs du pied et de la jambe, est conservée à gauche. Le réflexe achilléen, nul à droite, est fort à gauche; le rotulien est aboli des deux côtés; mais la percussion du tendon à gauche y produit le réflexe contralatéral.

Le réflexe cutané plantaire, aboli à droite, se fait en extension à gauche. Le réflexe anal manque.

Il existe une anesthésie tactile douloureuse et thermique du pied et de la jambe, remontant sur la face interne de la jambe jusqu'à 4 centimètres au-dessus du genou, sur la face externe jusqu'au genou et en arrière s'étendant en bande longitudinale jusqu'au pli fessier. Au périnée, l'aire anesthésique dessine une hémi-garniture droite comprenant en avant les faces cutanées et muqueuse de la grande lèvre, le vestibule avec empiètement sur la moitié du côté gauche, la face interne du vagin, et en arrière la région péri-anale un peu moins anesthésiée à sa périphérie qu'à son centre.

Pas d'amyotrophie appréciable, ni d'autres troubles trophiques, en dehors de cicatrices circulaires, régulières, entourées de pigment, qui paraissent consécutives à des gommes cutanées de la jambe droite. La malade ne se plaint pas de douleurs spontanées. La palpation des nerfs n'est pas douloureuse; seule provoque de la douleur la percussion forte du sacrum.

Membres inférieurs normaux, ainsi que le tarse: membre supérieur gauche à peine plus faible que le droit et asymétrie de la face très peu perceptible. Bouche non déviée; sillon nasolabial à peine moins marqué à gauche. Pas de troubles papillaires.

On fait le diagnostic d'hémi-parésie gauche légère, vraisemblablement par ramollissement par artérite syphilitique et de para-

lysie des racines sacrées droites ou syndrome de l'hémi-queue de cheval par lésion syphilitique unilatérale, probablement méningo-radculite.

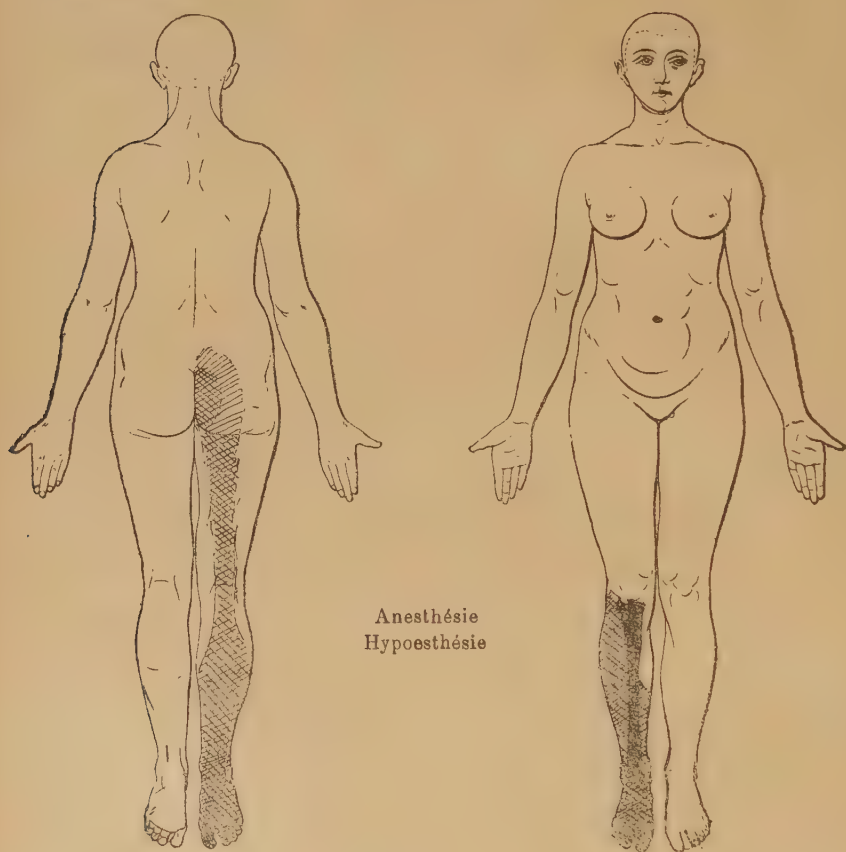


FIG. XIII.

La ponction lombaire, ne donne issue qu'à du sang et est en faveur de ce diagnostic, impliquant un certain degré d'inflammation et de symphyse scléreuse méningo-radculaire.

La mort suivit 6 mois plus tard.

L'autopsie mit en évidence en plus d'un petit foyer de ramollissement par artérite de l'hémisphère cérébral droit, une symphyse

méningo-radriculaire de la moitié droite de la queue de cheval.

Des adhérences de la partie postéro-latérale droite de la dure-mère aux racines postérieures droites de la queue de cheval, à partir de l'émergence de la 2^e racine lombaire, empêchaient l'étalement complet de la dure-mère sectionnée le long de la ligne médiane postérieure. En avant, les adhérences commencent un peu plus bas, au niveau de l'émergence de la L_{III}.

A cette hauteur, masse scléreuse, englobant toutes les racines droites de la queue de cheval, et se prolongeant jusqu'à l'émergence duremérienne de L_{II}. Un second foyer, très petit à gauche, enserre les racines motrices de L_{IV} et L_{III} sur un trajet de quelques millimètres et leurs racines sensitives sur une hauteur d'un centimètre.

Les racines sacrées inférieures et coccygiennes gauches adhèrent au noyau fibreux principal long de 2 centimètres.

Cette symphyse méningo-radriculaire, après séjour dans le Muller, a été traitée par la méthode de Marchi. La moelle a été examinée dans 4 segments ; la moelle sacrée au Marchi, la partie moyenne du renflement lombaire au Pal, le 1^{er} segment lombaire au Marchi et le XII^e dorsal au Pal.

Symphyse radiculo-méningée : la masse principale de la symphyse englobe toutes les racines sacrées droites et les deux dernières lombaires droites.

Sur une coupe horizontale passant par son milieu (hématéine van Gieson) la méninge épaissie envoie à sa face interne de larges travées scléreuses, qui s'insinuent entre les faisceaux de fibres nerveuses qu'elles morcellent et étouffent. Toutes les racines ne sont pas engainées par la méningite. C'est seulement dans la partie postéro-latérale droite que les faisceaux de fibres, cerclés de sclérose, n'ont plus de gaine myélinique, tandis qu'en avant et à gauche les faisceaux sont normaux. Parmi les faisceaux pris dans la sclérose, on voit que quelques fibres à myéline per-

sistent à la périphérie, que les granulations noires de Marchi manquent, et qu'il y a accumulation de petites cellules rondes autour des travées sclérosées. Des altérations vasculaires, dégénérescence hyaline et endartérite d'artères interfasciculaires, péri-phlébite de quelques veines radiculaires postérieures, permettent le diagnostic de syphilome scléreux.

Les lésions sont d'autant plus anciennes et plus grandes que l'on descend plus bas. Sur les coupes inférieures, on voit les gaines vides augmenter de nombre en même temps que les travées interfibrillaires et les cellules rondes.

Auprès de la méninge des faisceaux de fibres sont complètement détruits par la sclérose.

Sur les coupes comprenant le prolongement latéro-supérieur droit du syphilome, engainant les premières racines sacrées et les deux dernières lombaires, on voit des lésions plus récentes.

Les coupes supérieures traitées par le Pal, présentent l'ensemble de la méningite englobant les racines nerveuses, dont les fibres raréfiées et privées de leurs gaines de myéline, sont entourées de cellules rondes; c'est une méningite subaiguë, avec hémorragies, caractérisée beaucoup plus par l'infiltration cellulaire que par la sclérose fibreuse; on voit même des nodules inflammatoires et des cellules géantes.

Les coupes inférieures, traitées au Marchi, intermédiaires entre l'inflammation subaiguë et la sclérose, montrent au milieu de la méningite, du sang épanché à la face interne de la dure-mère, et des faisceaux nerveux sclérosés, serrés dans le syphilome, raréfiés, atrophiés, mais sans dégénérescence en boules.

Au-dessus et au-dessous du syphilome, on suit les dégénérescences.

Au-dessus, on voit deux groupes de nerfs, les racines sacrées droites sensibles, complètement dégénérées et les nerfs sacrés gauches normaux, ainsi que les racines sacrées motrices droites

L^{IV}, sensitive, immédiatement contre la méninge, est partiellement dégénérée, L^{III} est indemne, L^V dégénérée.

Au-dessous, les fibres dégénérées sont beaucoup moins nombreuses, par suite de la prédominance du syphilome sur les racines sensibles.

Le foyer méningé latéro-supérieur gauche, beaucoup plus petit que le droit, n'atteint que L^{IV} et L^{III}, remontant plus haut en arrière qu'en avant. La méninge est épaissie et scléreuse, mais elle n'envoie entre les racines que des travées rares et minces qui les accolent, mais ne les compriment pas. Aussi L^{IV} et L^{III} n'ont-elles qu'une raréfaction de leurs fibres nerveuses.

Les lésions des racines ressortent de la description du syphilome méningé. Toutes les racines comprises dans le syphilome ne sont pas dégénérées.

Au-dessous du syphilome, il y a plus de fibres dégénérées qu'au-dessous. Il n'y a que dans la moitié droite que les racines sont dégénérées d'une façon massive.

Dans les fibres dégénérées manquent les granulations noires de Marchi.

Il s'agit donc d'un processus très lent, déjà ancien, presque exclusivement limité à droite et prédominant sur les racines sensibles.

La moelle a des lésions dégénératives de deux ordres :

Le douzième segment dorsal, au Pal, montre la décoloration complète du faisceau postérieur droit, sauf sur une mince bande de substance blanche, immédiatement en contact avec le bord postérieur de la corne postérieure (zones radiculaires antérieures et postérieures).

Avec la surcoloration au van Gieson, la sclérose apparaît très marquée, fibreuse, parsemée de noyaux, les uns ronds et noirs, les autres ovales et clairs, et quelques-uns plus volumineux, à granulations basophiles.

Le premier segment lombaire, au Marchi, montre trois systèmes de dégénérescence dans les faisceaux postérieurs droit et gauche et dans le faisceau antéro-latéral gauche.

La dégénérescence massive du cordon postérieur droit, marquée par de grosses granulations noires confluentes, sauf à la partie antéro-externe, représente la dégénération ascendante des racines sensibles droites de la queue de cheval.

Deux petits croissants de granulations noires dans le cordon postérieur gauche, l'un contre la racine postérieure, et l'autre un peu plus en dedans, représentent la dégénération ascendante des fibres sensibles des deux premières racines lombaires gauches.

Enfin une aire de granulations noires dans la moitié postérieure du faisceau latéral gauche, représente la dégénération ascendante du faisceau pyramidal croisé, en rapport avec le foyer de ramollissement de l'hémisphère droit.

Au van Gieson, on voit une sclérose massive du faisceau postérieur droit. A l'hématoxyline-éosine, la colonne de Clarke droite montre des cellules nerveuses déformées, globuleuses, avec noyau périphérique et déformé, et grosse vésicule graisseuse. A gauche, au contraire, les cellules de Clarke sont normales.

La partie moyenne du renflement lombaire, au Pal, montre des lésions un peu différentes, selon que l'on considère les coupes supérieures ou inférieures.

Les coupes supérieures, correspondant au deuxième segment lombaire, offrent, au Pal, deux aires de décoloration : dans la partie postéro-interne du cordon postérieur droit ; et dans un croissant parallèle au bord postérieur de la corne postérieure et occupant le $\frac{1}{3}$ moyen de la moitié postérieure du cordon de Burdach gauche. — La première est due à la dégénération ascendante des racines sacrées droites, et la seconde, à la même dégénération des deux dernières racines lombaires.

Les coupes inférieures, correspondant aux troisième et qua-

trième segments lombaires offrent, au Pal, une seule aire de décoloration dans le cordon postérieur droit. Cette aire l'occupe tout entier, sauf la zone antéro-interne, zone marginale de Westphal, surtout dans sa partie cornu-commissurale, et un demi-ovale médian le long du sillon médian postérieur, centre du centre ovale de Flechsig (faisceau de Hoche). Les zones de Lissauer droite, sont décolorées et le réticulum fin de la corne postérieure droite est diminué.

La surcoloration au Van Gieson, montre l'extrémité supérieure de la méningite scléreuse engainant quelques faisceaux des racines postérieures de la quatrième paire lombaire droite ; les racines antérieures sont normales.

La moelle lombo-sacrée, depuis le quatrième segment lombaire jusqu'au segment coccygien, a été débitée en coupes sériées, de 30 centimètres d'épaisseur chacune, et après en avoir recueilli une sur deux, numérotées à la suite.

Sur ces coupes, on voit admirablement la dégénérescence radiculaire ascendante. Dans L^v elle occupe, dans les cordons postérieurs droits, la moitié postéro-interne du cordon de Burdach et tout le cordon de Goll, sauf le faisceau de Hoche, constitué en avant par la zone cornu-commissurale encore très large, quoique moins que sur les coupes au Pal de L^{iv}. Toute la zone marginale de Westphal est donc respectée. Les zones externe et interne de Lissauer droites contiennent très peu de fibres, mais peu de grains noirs. Le réticulum fin de la corne postérieure droite est à peine raréfié, mais de grosses fibres sont dégénérées surtout à leur entrée de la corne.

La dégénérescence existe aussi à gauche dans le faisceau pyramidal croisé, formant un petit triangle touchant la périphérie de la moelle et séparé de la corne postérieure par une bande assez étroite.

Dans S^l la dégénérescence n'occupe que les cordons postérieurs

droits. Elle y est massive, ne laissant indemne que la zone cornu-commissurale, tout à fait en avant et une mince bande le long de la moitié antérieure du sillon médian postérieur, correspondant au faisceau de Hoche.

Dans S^{II} même persistance de la zone cornu-commissurale et extension en arrière du faisceau de Hoche qui devient le triangle de Gombault et Philippe. Dans le reste des cordons postérieurs droits, la dégénérescence est massive.

Dans S^{III} cette dégénérescence massive de toutes les fibres radiculaires postérieures droites met schématiquement en évidence le triangle de Gombault et Philippe allongé le long du sillon médian postérieur, jusqu'au bord postérieur de la moelle et la zone cornu-commissurale de plus en plus petite.

Dans S^{IV} ne subsiste que le triangle de Gombault et Philippe.

Ainsi ces régions, zone marginale de Westphal, faisceau de Hoche et triangle de Gombault et Philippe, apparaissent bien par leur intégrité dans cette dégénérescence radiculaire ascendante, comme formées de fibres endogènes.

De plus, les coupes sériées, montrant par l'intermédiaire de la bande allongée, le long du sillon médian postérieur (faisceau de Hoche) la continuité du faisceau médian du centre ovale de Flechsig et du triangle de Gombault et Philippe établissent, une fois de plus, l'unité systématique de ces formations : faisceau médian du centre ovale de Flechsig, faisceau de Hoche et triangle de Gombault et Philippe.

En résumé, il s'agit du syndrome clinique de l'hémi-queue de cheval par dégénérescence ascendante massive, suivie dans la moelle, des racines sensibles droites L^V, S^I à S^V atteintes de méningo radiculite syphilitique.

Et des transitions doivent exister entre les cas de méningite radiculaire syphilitique de l'hémi-queue de cheval analogue à cette

observation et les sciatiques radiculaires syphilitiques de Lortat Jacob et Sabaréanu (1).

Ces deux observations, ainsi que toutes celles qui ont été publiées jusqu'à ce jour (Lancereaux, Thornburn, Rossy, etc.) relèvent toujours d'une volumineuse pachyméningite, tuberculeuse ou syphilitique : ce sont là lésions profondes et étendues, déterminant des paralysies qui ont peu de tendance à rétrocéder et qui ont tous les caractères d'une méningo-radiculite plutôt due à un processus inflammatoire au niveau des méninges englobant et comprimant la racine du nerf.

Le cas suivant, par contre, semble bien relever d'un processus radiculaire, comme le fait présumer la regression des troubles paralytiques et l'évolution générale considérablement améliorée par le traitement antisypilitique institué :

OBSERVATION PERSONNELLE XLIII

P... Dominique, âgé de 44 ans, ébéniste, est entré le 19 octobre dans le service de M. le professeur Déjerine pour des troubles de la marche.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — Né à Cormont, en Istrie, à quelques kilomètres de la frontière italienne, il fit six mois de service militaire dans l'armée autrichienne en garnison à Pola. Après

(1) LORTAT JACOB et SABARÉANU, *Presse méd.*, 5 octobre 1904 ; *Revue de Méd.*, 10 novembre 1905.

avoir déserté en 1891, il travailla six mois en Italie puis vint se fixer en France.

L'absence de travail le poussa à s'enrôler dans la légion étrangère : il fit les campagnes du Dahomey, et de Madagascar. Pendant tout ce séjour, soit en Italie, soit aux colonies, il ne fut jamais malade et ne connut ni fièvre ni diarrhée : il resta, déclare-t-il, toujours très sobre.

Après 40 mois de service en 1896, il revint en France, se maria en 1899, s'installa à Nogent-le-Retrou puis à Chaville où il est menuisier depuis 8 ans.

Il a eu dix enfants dont six sont morts en bas âge, de six semaines à dix-huit mois. Parmi les quatre enfants, encore vivants, une fille, que nous avons pu examiner, présente un facies hérédospécifique, avec ptosis, iritis, taies cornéennes, surdité, nez en lorgnette et dents d'Hutchinson : elle a présenté de l'amaurose à la suite de convulsions. La femme du malade a fait, en outre, une fausse couche.

Histoire de la maladie. — Depuis sept ou huit ans le malade ressentait de temps en temps quelques douleurs en lancées dans lombes, qui survenaient soit le jour, soit la nuit : lorsqu'elles apparaissaient la nuit elles le réveillaient en sursaut : ces douleurs, à plusieurs reprises, s'exaspérèrent en crises violentes et l'obligèrent à garder le lit plusieurs jours.

Le 5 mars 1914, au cours d'une de ces crises, il avait dû se coucher ne pouvant plus faire le moindre mouvement de flexion du tronc, lorsque vers dix heures du soir, il fut pris de grands élancements dans la jambe gauche ; ces douleurs persistèrent avec une telle intensité pendant toute la nuit qu'elles provoquèrent même une syncope. Il n'y eut à ce moment ni céphalée, ni troubles mentaux, ni troubles digestifs ; la température n'a pas été prise : le médecin appelé jugea d'après le pouls que le malade n'avait pas de fièvre.

Le lendemain matin les mêmes douleurs apparurent dans l'autre jambe (jambe droite) avec la même intensité. Le malade rapporte que ces douleurs s'accompagnaient de spasmes musculaires localisés qui se propageaient dans toute la longueur du membre, à droite comme à gauche.

Le 7 mars à quatre heures du soir, 42 heures après le début, ces douleurs cessèrent brusquement et complètement et depuis lors n'ont jamais reparu.

Mais le malade resta complètement paraplégique ne pouvant plus faire le moindre mouvement de la jambe, de la cuisse, ni des orteils, ne sentant ni les pincements ni les piqûres, perdant ses jambes dans son lit, avec incontinence des urines et des matières et une anesthésie complète vésicale et rectale.

Depuis ce moment, les symptômes ont été en s'améliorant progressivement : au bout de dix jours, la sensibilité vésicale commençait à reparaitre, et un peu plus tard la sensibilité rectale ; en juin quelques mouvements des orteils apparaissaient à la jambe gauche d'abord, puis à la jambe droite. A la fin du mois de juillet le malade arrivait à faire quelques pas en s'appuyant sur ses béquilles. Actuellement le malade peut faire de longues marches à l'aide de ses béquilles et il a notamment pu venir seul de Chaville à la Salpêtrière.

Examen actuel.

Démarche. — La marche est absolument impossible sans béquilles. Elle présente tous les caractères du steppage classique : flexion exagérée de la cuisse sur le bassin dans le premier temps de la marche et chute brusque du pied sur le sol dans le deuxième temps, la pointe du pied portant la première et traînant ensuite à terre.

Ces troubles s'exagèrent dans l'action de monter un escalier et rendent presque impossible la descente ne fut-ce que de quelques marches.

Aspect général des membres inférieurs. — Les membres inférieurs sont étendus sur le lit en état de flaccidité. Le pied est en équin avec un peu de valgus. On ne constate aucune modification de la voûte plantaire. Les orteils sont en demi-flexion.

Il existe au niveau des deux membres inférieurs une notable amyotrophie. Le malade rapporte qu'au début de sa paralysie, l'amyotrophie au bout de quelques semaines était beaucoup plus considérable qu'elle ne l'est à l'heure actuelle : tous les muscles, raconte-t-il, étaient d'abord devenus mous comme de la graisse, puis ils avaient complètement fondu : il n'était alors plus rien resté entre la peau et les os au niveau du pied, de la jambe, de la face postérieure de la cuisse et de la fesse : le quadriceps, par contre, avait toujours conservé une certaine épaisseur.

Actuellement, alors que l'amyotrophie est moins complète, elle reste cependant très nette à la fesse, à la face postérieure de la cuisse et de la jambe et est encore plus marquée à la face antéro-externe de la jambe : cette amyotrophie est d'ailleurs absolument symétrique dans les deux membres inférieurs.

Motilité. — La motilité est absolument intacte à la face, au tronc, aux membres supérieurs et aux muscles abdominaux.

Le malade s'assied très facilement sur son lit sans le secours de ses bras.

Aux cuisses l'extension sur le bassin est affaiblie, la flexion et l'abduction très faibles également : l'adduction seule est bien conservée.

Aux jambes l'extension sur la cuisse est presque intacte alors que la flexion est, par contre, très affaiblie.

L'abaissement du pied est légèrement affaibli, l'élévation est presque impossible.

La flexion des orteils est un peu diminuée, l'extension diminuée au pied droit est complètement nulle au pied gauche aussi bien pour le gros orteil que pour les autres orteils.

Réflexes tendineux. — Aux membres inférieurs, les réflexes patellaires et achilléens sont abolis des deux côtés.

Aux membres supérieurs, ils sont tous bien conservés.

Réflexes cutanés. — Le réflexe plantaire se fait en flexion aux deux pieds. Les réflexes crémastériens et abdominaux sont normaux, mais les réflexes anaux sont abolis.

Les réflexes fessiers existent à gauche et sont supprimés à droite.

Les réflexes idiomusculaires sont intacts.

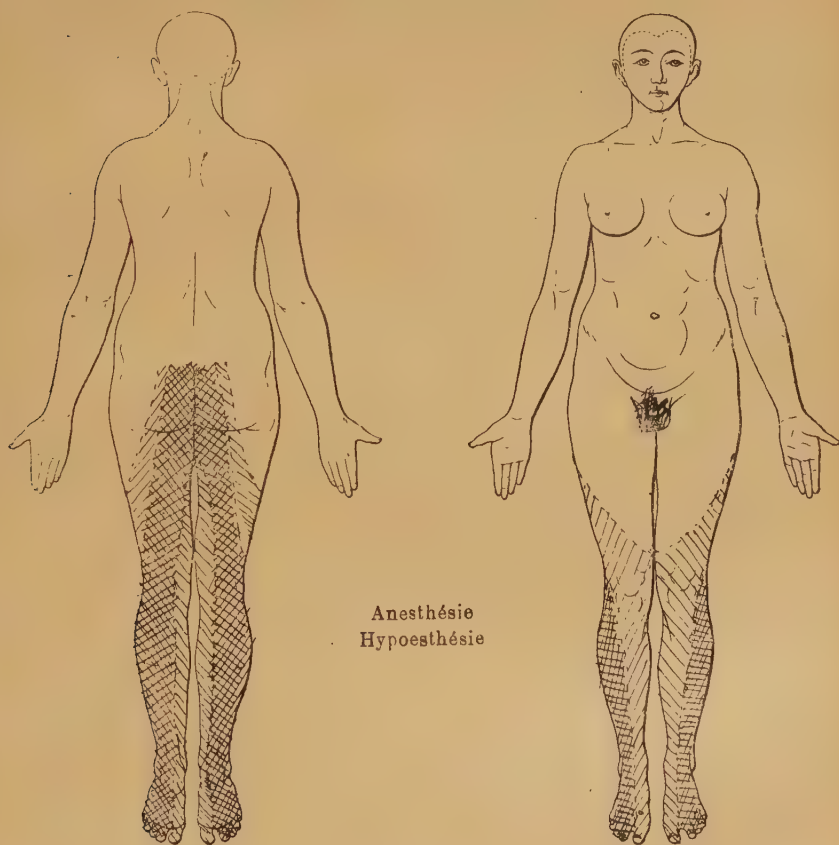


FIG. XIV.

Sensibilité. — Les douleurs spontanées ont, comme nous l'avons vu, complètement cessé depuis la crise du 6 mars.

Depuis quelques jours cependant le malade se plaint de nouveau de quelques douleurs vagues comparables à celles dont il souffrait avant sa crise.

Sensibilité objective. — Sensibilités superficielles.

α) Tactile. Semble intact, sans retard et sans erreur de localisation.

β) Thermique. Absolument intact.

γ) Douloureuse. La piqure et le pincement sont bien perçus sur toute l'étendue du corps : on constate cependant une hyperesthésie légère dans les deux membres inférieurs à partir d'une limite supérieure située un peu au-dessous du pli de l'aîne à droite comme à gauche ; cette hyperesthésie devient plus accentuée au niveau de la face dorsale et plantaire des pieds, à la face postérieure de la jambe et de la cuisse, au pourtour de l'anus jusqu'à quatre travers de doigt en dehors du pli interfessier, au niveau du scrotum et de la verge. Dans les mêmes régions, la sensation du chatouillement par le pinceau est quelquefois perçue comme une sensation douloureuse.

Ces troubles semblent un peu plus accentués à droite qu'à gauche.

Sensibilités profondes.

α) Osseuse. — Un peu diminuée aux pieds, aux malléoles, à la tête du péroné, aux condyles fémoraux, aux grands trochanters.

β) Discrimination tactile. — Les cercles de Weber ont plus de cinq centimètres dans le sens de la longueur, du pied à la plante, à droite comme à gauche.

Pas de trouble ataxique ni aux membres supérieurs ni aux membres inférieurs ; pas de troubles de l'équilibration, pas de signe de Romberg.

L'examen électrique pratiqué le 21 novembre 1914 par M. le Docteur Huet a donné les résultats suivants :

Membre inférieur gauche.

Muscles fessiers, réactions diminuées sans réaction de dégénérescence.

Muscles postéro-internes de la cuisse, réaction de dégénérescence partielle.

Biceps, réaction partielle de dégénérescence.

Extenseur commun des orteils, réaction de dégénérescence.

Extenseur propre du gros orteil, réaction de dégénérescence.

Jambier extérieur, DR. assez prononcée.

Péroniers latéraux, réactions diminuées sans DR.

Jumeaux, réaction partielle de dégénérescence.

Fléchisseurs des orteils, pas de réaction de dégénérescence.

Muscles plantaires, pas de DR nette.

Pas de DR dans le domaine du crural et de l'obturateur.

Membre inférieur droit.

Muscles fessiers, comme à gauche.

Muscles postéro-internes de la cuisse, comme à gauche.

Biceps, réactions diminuées sans DR.

Extenseur commun des orteils, comme à gauche.

Extenseur propre du gros orteil, comme à gauche.

Jambier antérieur, comme à gauche.

Péroniers, comme à gauche.

Jumeaux, comme à gauche.

Fléchisseurs des orteils, traces de DR douteuses.

Muscles plantaires, traces de DR douteuses.

Pas de DR dans le domaine du crural et de l'obturateur.

Troubles trophiques.

1° On ne note pas de troubles trophiques cutanés ni d'altération du système pileux. Remarquons seulement le refroidissement persistant des deux jambes, refroidissement perçu par le

malade et qui se traduit par des marbrures violacées de la peau et un abaissement notable de la température locale.

2° Hypotonie musculaire très nette aux membres inférieurs dans l'hyperflexion de la jambe sur la cuisse et dans l'hyperflexion de la cuisse sur le bassin;

3° L'amyotrophie ne s'accompagne d'aucun tremblement fibrillaire.

Il n'y a pas de douleurs à la pression des masses musculaires.

Sphincters. — Il n'existait aucun trouble sphinctérien avant la crise du 5 mars. A la suite de cette crise, il présenta une anesthésie et une paralysie vésicales et rectales complètes et pendant quinze jours on dut le sonder et lui donner des lavements tous les jours : il perdait alors ses urines et ses matières d'une façon continue sans en avoir conscience.

Au bout de quinze jours environ, la sensibilité vésicale commença à reparaitre légèrement, puis la sensibilité rectale, mais les selles et les mictions restèrent pendant plusieurs mois très impérieuses, et quelquefois même le malade n'arrivait pas encore à les retenir un temps suffisant.

Actuellement il persiste seulement un peu de constipation, les mictions sont suffisantes et à peu près normales, mais le malade est encore obligé de pousser un peu pour obtenir l'émission des urines.

Sens génésique. — L'impuissance génitale était complète pendant les premiers mois : au bout de trois à quatre mois le malade put de nouveau avoir des érections suffisantes pour permettre le coït, avec éjaculations peu abondantes et sans sensations voluptueuses.

Organes des sens. — Oûe intacte.

Vue. — Pupilles égales réagissant bien. Fond d'œil normal.

Pas de modification de l'acuité ni du champ visuel.

Pas de paralysie oculaire, ni de nystagmus.

Intelligence et paroles intactes.

Le malade nie la syphilis ; pas de plaques leucoplasiques.

Appareils respiratoire, circulatoire et excréteur normaux.

La ponction lombaire montre un liquide clair non hypertendu, pauvre en albumine contenant 60 lymphocytes par millimètre cube.

Ce malade présente donc une paralysie dissociée des muscles des membres inférieurs avec prédominance sur les fléchisseurs de la cuisse et de la jambe et des extenseurs des orteils et intégrité relative des adducteurs, des quadriceps et des fléchisseurs des orteils avec hyperesthésie légère dans le territoire L_{II} L_{IV} L_V et plus forte dans le territoire S_I S_{II} S_{III} de nature vraisemblablement syphilitique.

Le traitement mercuriel a été institué.

TOPOGRAPHIE RADICULAIRE DE LA SENSIBILITÉ

Les limites des territoires de sensibilité troublée sont rarement bien définies et l'on comprend très bien que cette délimitation nous mette aux prises avec de nombreuses difficultés.

Tout d'abord cette recherche de sensibilité objective est malgré tout basée sur un élément éminemment subjectif : la perception de l'intensité d'une sensation, et l'on ne saurait trop s'entourer de précautions lorsqu'on cherche à fixer sur un schéma l'intégration des éléments fournis par les réponses du malade.

L'hypoesthésie légère est souvent due à un trouble trophique de la peau : une pachydermie, un peu d'ichtyose, ou bien un peu de corne à la plante du pied diminueront de beaucoup l'intensité de la piqure.

La recherche de la sensibilité douloureuse à la piqure est peu précise, la pointe ne pénétrant pas toujours de la même profondeur dans l'épiderme.

Mais il y a surtout deux causes d'erreur dont on doit tenir compte : c'est, d'une part, la fatigue du sujet au bout

d'un temps très court d'examen, ce qui nécessite des examens répétés, mais très rapides. C'est, d'autre part, une loi physiologique sur laquelle notre maître, M. le Pr Déjerine a souvent attiré l'attention : « la Sommation des sensations » ; un territoire anesthésié perçoit la sensation douloureuse après une série de piqures qui chacune séparément était insuffisante et ne dépassait pas le seuil de la perception, mais qui, s'ajoutant les unes aux autres, produisent finalement une impression douloureuse.

Lorsque, toutes les causes d'erreur étant écartées autant que possible, on est arrivé à relever les zones de sensibilité troublée, le problème de la topographie radiculaire est encore bien difficile.

On sait actuellement qu'à chaque zone cutanée correspondent non pas une seule, mais plusieurs racines et l'on ne s'étonnera pas de ne jamais trouver anesthésié totalement un territoire au milieu d'un membre nullement touché au voisinage de cette anesthésie : c'est le plus souvent une zone d'hypoesthésie, quelquefois même d'hyperesthésie qui la borde. Nous avons vu que l'on rencontre dans les sciatiques radiculaires, tantôt des bandes d'hypoesthésies, tantôt des bandes d'hyperesthésies, quelquefois d'anesthésie totale.

L'explication pathogénique en est simple et le cas de Stroesen est à ce sujet très caractéristique : l'atteinte légère d'une racine, son irritation cause l'hyperesthésie et nous avons vu dans cette observation au cours de l'évolution progressive de la lésion, l'hyperesthésie se muer en anesthésie, changement qui était la signature de l'aggravation de la lésion radiculaire.

La lésion d'une seule racine explique les hypoesthésies des territoires que nous avons déjà dit être innervés toujours par trois racines consécutives; la lésion de deux racines augmentera cette hypoesthésie et l'anesthésie ne surviendra que lorsque la radiculite intéressera toutes les racines présidant à l'innervation de la zone considérée.

Si nous additionnons simplement dans toutes les observations que nous avons pu recueillir et qui contenaient des indications suffisantes, c'est-à-dire dans 66 observations, le nombre de fois que d'après les schémas de la sémiologie de M. le Pr Déjerine, chaque racine fut touchée (en partie ou en totalité, hypo, hyper ou anesthésiée), nous trouvons que la racine la plus fréquemment prise est la première sacrée, puis la deuxième sacrée et la cinquième lombaire, beaucoup moins la troisième lombaire, la deuxième et la quatrième : quant à la première lombaire et à la troisième sacrée, leur participation est très rare.

Voici le tableau exact :

L _I	5 fois
L _{II}	15 »
L _{III}	19 »
L _{IV}	15 »
L _V	41 »
S _I	57 »
S ₂	56 »
S ₃	3 »

Nous avons déjà vu que la fréquence d'atteintes de L_V S_I et S_{II} était facilement expliquée par la disposition anatomique des gaines radiculaires et si nous examinons,

non plus chaque racine isolément, mais l'ensemble des racines le plus fréquemment touchées simultanément, nous trouvons que c'est justement les combinaisons de ces trois racines prises soit isolément, soit plus fréquemment deux à deux, soit encore en totalité que nous retrouvons dans la grande majorité des observations.

Sur 30 observations, dans lesquelles les zones d'anesthésie ou d'hypoesthésie, ont été très soigneusement délimitées et répondent à des territoires bien définis des schémas de sensibilité, nous trouvons les cas suivants de groupement de racines :

L_V	1 fois
S_I	1 »
S_{II}	2 »
$L_V S_I$	3 »
$S_I S_{II}$	7 »
$L_V S_I S_{II}$	5 »
$L_{IV} L_V S_I S_{II}$	1 »

Mais lorsque l'on examine plus minutieusement les schémas de sensibilité des différentes sciatiques radiculaires, on s'aperçoit qu'il y a des groupements de zones ne correspondant plus à un territoire total d'une ou de plusieurs racines.

On rencontre fréquemment des bandes d'anesthésie ou d'hypoesthésie, le long de la face externe du membre occupant ainsi la moitié postéro-externe des territoires de L_{II} , L_{III} et une partie de S_I (Observations Gaukler et Roussy, Lortat Jacob et Sabaréanu, etc.).

Très fréquemment S_I n'est pris qu'à la jambe, respectant

soit tout le pied (cas Gaukler et Roussy, 2 cas Rousselier, Pélissier et Krebs), soit la plante du pied (cas Lortat Jacob et Sabaréanu), soit encore le tiers moyen du pied (cas Berthéol).

Ces cas répondent-ils à une lésion limitée à une moitié des racines, l'infection étant localisée, soit sur la moitié droite, soit sur la moitié gauche des gaines radiculaires ? ou bien est-on en droit de supposer que les schémas ne correspondent pas encore à la réelle innervation radiculaire ? Ce sont là questions, que seules pourraient résoudre de nombreuses autopsies ou des expériences de physiologie et que nous ne pouvons élucider par la clinique seule.

Les différents modes de sensibilité ne sont pas toujours affectés d'une façon rigoureusement superposable et nous avons vu fréquemment la sensibilité douloureuse plus atteinte que la tactile, et l'hypoesthésie thermique occuper un territoire plus étendu que les hypoesthésies tactiles et douloureuses.

De même que dans les lésions tronculaires de la sciatique, d'ailleurs, ces différences ne sont, en aucune façon, l'indice d'une lésion médullaire. Les sensibilités profondes ne sont touchées qu'en dernier lieu et seules s'accompagnent de perte du sens des attitudes, de perte de la sensibilité osseuse et de la discrimination tactile. Les liaisons accentuées des racines se traduisent par des anesthésies suffisamment marquées.

TROUBLES RADICULAIRES DE LA MOTILITÉ ET DES RÉFLEXES

Le problème est ici encore plus difficile à résoudre.

L'innervation radiculaire des différents muscles a été fort bien étudiée par M. le professeur Déjerine, mais les dissociations paralytiques des muscles de la loge antéro-externes ne concordent pas toujours avec les données des schémas radiculaires adoptés.

La dissociation si fréquente du gambier antérieur, que nous rencontrons, (huit fois sur treize observations) est certainement en faveur d'une dissociation d'innervation radiculaire et il semble que nous devons conserver à L_{IV} l'innervation de ce muscle : les extenseurs des orteils sont également fréquemment dissociés des péroniers latéraux ; ce que nous croyons pouvoir expliquer par la participation de la S_1 à l'innervation du long péronier latéral, les extenseurs dépendant surtout de L_5 .

Mais on constate alors une dissociation très nette entre les racines antérieures et les racines postérieures atteintes.

Faut-il là encore admettre une disposition spéciale des

gâines radiculaires ou supposer que les racines antérieures et postérieures touchées par la lésion radiculaire sont homologues et reconstituer de nouveaux schémas ?

Il nous semble que de la comparaison attentive des nombreuses observations s'accompagnant à la fois de troubles moteurs et de sensibilité objective découle une indépendance bien marquée des racines antérieures et postérieures homologues.

Si nous rapprochons, en effet, les troubles de sensibilité observés alors que la paralysie des muscles de la loge antéro-externe n'atteint pas le gambier antérieur d'une part, et d'autre part les cas où ce muscle est affecté, nous voyons que les mêmes racines postérieures, étant touchées, et au même degré, la racine motrice du gambier est ou n'est pas lésée. Ainsi ce muscle est respecté dans les cas suivants :

Obs. Déjerine Regnard	Racines antérieures	L ₈
Obs. Clarac	»	L ₄ L ₈ S ₁
Obs. personnelle	»	L ₄ L ₈

Alors qu'il est touché dans :

Obs. Pélissier Krebs	L ₈ S ₁
Obs. personnelle	L ₈ S ₁
Obs. Camus Sezary	L ₄ S ₁ S ₂

Pour les péroniers le fait est encore plus net, car dans l'observation de MM. Pelissier et Krebs ils sont paralysés, et dans notre cas personnel ils sont respectés, alors que nous trouvons des troubles de sensibilité sensiblement superposables en L₆ S₁.

Il est cependant juste de remarquer que ni dans le pre-

mier ni dans le second cas les deux territoires radiculaires ne sont atteints dans leur totalité.

Il nous semble donc probable que les lésions de radiculité affectent d'une façon dissymétrique les racines antérieures et postérieures, se localisant d'ailleurs beaucoup plus électivement sur ces dernières ; et cette dissociation est une preuve certaine de la localisation radiculaire de l'affection.

Quant aux réflexes tendineux, achilléen et rotulien, nous les avons vus tour à tour exagérés, affaiblis, normaux ou abolis sans qu'il semble à première vue que l'on puisse énoncer une règle quelconque les concernant.

Si nous ne tenons compte que des éléments statistiques, Lortat-Jacob, sur 28 cas, trouve le réflexe rotulien aboli une fois, normal 8 fois, exagéré 9 fois, affaibli 10 fois.

Le réflexe achilléen diminué 11 fois, exagéré 6 fois, normal 5 fois, aboli 4 fois.

Nous-même, sur 53 cas, nous trouvons :

	Rotulien	Achilléen
Aboli	4	22
Affaibli	15	11
Exagéré	12	11
Normal	22	9

L'abolition du réflexe achilléen est donc le plus fréquemment observé, et, Babinski fut le premier à le faire remarquer, bien souvent il ne reparait même pas après la disparition des autres signes de sciatique.

Dans une de nos observations nous avons vu le réflexe achilléen droit aboli comme seul symptôme d'une sciatique radiculaire ancienne, alors que celle-ci se trouvait en évo-

lution au membre inférieur gauche, où le réflexe achilléen se trouvait d'ailleurs conservé.

Le réflexe du tenseur du *fascia lata*, étudié depuis peu de temps n'est pas noté dans la plupart des observations, ce qui ne nous permet pas d'en faire une étude d'ensemble.

Dans les quelques cas où nous l'avons cherché ainsi que dans les observations où il est cité, on trouve un parallélisme presque constant entre ce réflexe et l'achilléen.

Dans les sciatiques tronculaires, à moins que la lésion n'intéresse le nerf fessier supérieur, le réflexe du tenseur du *fascia lata* se trouvera intact, alors que la réflexe du tendon d'Achille sera presque toujours altéré.

Dans la sciatique radiculaire, au contraire, le centre spinal de ce réflexe paraissant dépendre de la V^e lombaire 1^{re} et 2^e sacrée, d'après Bonola (1) de même que l'achilléen, ces deux réflexes seront à la fois diminués ou exagérés par une même lésion radiculaire, et Bonola croit pouvoir de la coexistence ou de la non-coexistence de ces deux réflexes conclure à la nature radiculaire ou tronculaire de l'affection.

Nous résumons brièvement quatre observations données par Bonola à l'appui de sa thèse.

OBSERVATION XLIV

I. H..., 36 ans. Depuis trois mois douleurs irradiées le long du sciatique gauche. Ni troubles moteurs ni trophiques. Signe de Lasègue et de Déjerine.

(1) BONOLA, *Revue Neurologique*, 1912, p. 326.

Bande d'hyperesthésie à la température et à la douleur en L₅, S₁, S₂.

Réflexe rotulien fort ; achilléen, très faible; *fascia lata*, très faible. Syphilis il y a 8 ans. Guéri après 10 injections de calomel.

OBSERVATION XLVI

II. F..., 54 ans. Sciatique ancienne il y a 8 ans. Depuis 1 mois souffre de nouveau dans la jambe droite. Ni troubles trophiques ni moteurs.

Hypoesthésie : face externe et postérieure de la jambe, face postérieure de la cuisse, dos et plante du pied.

Pas de points de Valleix. Signes de Lasègue et de Déjerine.

Réflexe rotulien normal, achilléen et *fascia lata* abolis.

Ponction lombaire : faible leucocytose. Nie la syphilis : mais 3 fausses couches.

OBSERVATION XLVI

III. H..., 31 ans. Depuis 6 mois douleurs térébrantes à la face postérieure de la jambe droite. Faible hypotrophie des muscles de la région antéro-externe et du triceps crural.

Pas de troubles de la motilité. Signes de Lasègue et de Déjerine.

Hypoesthésie dans les domaines (L₃) L₄ L₅. S₁ S₂ S₃.

Réflexe rotulien très faible, achilléen et *fascia lata* abolis.

Ponction lombaire : lymphocytose moyenne.

OBSERVATION XLVII

VI. H..., 35 ans : Depuis 8 mois souffre dans la partie postérieure de la jambe droite. Signes de Lasègue et de Déjerine.

Hypoesthésie dans les territoires L_5 , S_1 et S_2 .

Réflexe rotulien fort ; achilléen et *fascia lata* très faibles.

Pas de lymphocytose. Nie la syphilis.

Amélioré par le traitement mercurial.

ETIOLOGIE

RADICULITE SYPHILITIQUE

Radiculite : syphilitique. — Le premier terme semble presque déjà imposer le suivant. La grande majorité des observations, que nous avons eu l'occasion de rapporter dans le cours de cette étude, portait sur des malades soit syphilitiques avérés, soit ignorés, mais dont la nature spécifique était révélée le plus souvent par quelques accidents légers ou qui n'avaient pas suffisamment attiré l'attention du malade : traces de leucoplasie, céphalée, chute de cheveux ; quelquefois on est mis sur la voie étiologique par une polymortalité infantile, ou quelques fausses couches non expliquées.

La lymphocytose du liquide rachidien, le Wassermann et surtout l'action du traitement antisypilitique parachèveront enfin le diagnostic de l'étiologie.

C'est presque toujours à la période ternaire qu'apparaît le trouble radiculaire : de Peters (1) a signalé l'existence de radiculites hérédosyphilitiques.

(1) DE PETERS, *Syphilis héréditaire* (Revue de Médecine, 1900, p. 624).

La fréquence, l'importance de la syphilis à l'origine même des radiculites nous a fait prendre comme type de la plupart de nos observations la radiculite sciatique spécifique, aussi ne consacrerons-nous que peu de temps à la différenciation d'une forme clinique spéciale étiologique.

Sur 45 observations nous avons trouvé 37 fois la syphilis et presque toujours notre diagnostic étiologique s'est vu confirmer par la grande amélioration apportée par le traitement mercuriel.

L'étiologie syphilitique d'un grand nombre de sciaticques est connue depuis fort longtemps : on la trouve signalée dans le traité des maladies vénériennes d'Astruc de 1740 et dans celui de Cirillo en 1802. Cette étiologie passe inaperçue pour Valleix et même Trousseau dans ses cliniques pense que les névralgies syphilitiques sont secondaires à des lésions locales, gommes ou exostoses comprimant le nerf. En 1861, Zambaco, (1) Gros et Lancereaux (2) citent quelques cas de sciatique syphilitique et admettent la sciatique névralgique sans compression du nerf par quelque accident secondaire ou tertiaire : c'est également l'opinion de Fournier (3). Il nous faut cependant arriver jusqu'à Dubois pour trouver une bonne description de la sciatique syphilitique : mais tous ces auteurs n'ont eu en vue et n'ont décrit que la sciatique tronculaire, soit sous sa forme névralgique, soit sous sa forme névritique et nous avons vu que ce n'est qu'à partir de 1904, que grâce aux travaux de

(1) ZAMBACO, *Affections nerveuses syphilitiques* (1861);

(2) GROS et LANCEREAUX, *Affections nerveuses syphilitiques* (1861).

(3) FOURNIER, *Leçons sur les syphilis* (1873).

M. le professeur Déjerine et de ses élèves, la notion de sciatique radiculaire syphilitique s'est formée et a pris dans la nosologie clinique la place importante que sa fréquence lui imposait.

Et c'est surtout en présence d'une étiologie syphilitique, certaine ou même seulement présumée que le problème diagnostique se pose entre la sciatique tronculaire et la sciatique radiculaire : nous les résumerons rapidement pour ne pas revenir sur la symptomatologie que nous avons déjà longuement décrite : douleur vive, continue avec paroxysme. Inconstance des points de Valleix, modification des réflexes et notamment l'abolition du réflexe archilléen, le signe de Déjerine (exagération de la douleur provoquée par la toux, l'éternuement) sont des symptômes qui plaident en faveur de l'origine radiculaire de la lésion : plus pathognomoniques sont les troubles de la sensibilité objective et les troubles de dissociations motrices : quant à la ponction lombaire elle peut montrer, il est vrai, dans les deux cas quelquefois, une lymphocytose. Quoique inconstante, elle est plutôt en faveur d'une lésion méningo-radiculaire.

Il est inutile, nous semble-t-il, de reproduire ici une observation de radiculite spécifique : il suffira de se rapporter à l'une quelconque des observations déjà publiées pour se rendre compte de la différence qu'elle présente avec les cas de syphilis sciatique tronculaire.

L'exemple suivant, que nous avons eu l'occasion de constater dans le service de M. le Professeur Déjerine, est assez net.

OBSERVATION PERSONNELLE XLVIII

Femme T..., âgée de 62 ans, hospitalisée à Vincent-de-Paul souffre depuis 16 ans de douleurs dans les jambes, surtout à droite.

Mariée à 19 ans, elle a 11 enfants dont 6 morts et un mort né.

Elle souffre d'une façon continue, mais avec des crises plus accentuées à intervalle assez régulier.

La démarche est rendue difficile par la douleur. Pas de troubles moteurs. Réflexes rotuliens normaux, réflexes achilléens normal à gauche, aboli à droite. Signe de Lasèque positif à droite. Points de Valleix douloureux surtout à la tête du péroné et le long de la cuisse droite.

Parésie totale du membre inférieur droit. Pas de troubles de sensibilité.

Signe d'Argyll. Inégalité papillaire la gauche en myosis. Iritis et synéchies postérieures.

Ponction lombaire. — Ni hyperalbuminose ni lymphocytose. Amélioration et disparition des douleurs par le traitement mercuriel.

OBSERVATION XLIX (MM. Favre et Roubier) (1)

D... Ch., 37 ans, photographe, entre le 27 juin 1908 à l'hôpital Saint-Pothin pour des douleurs de la jambe gauche.

(1) FAVRE et ROUBIER, *Un cas de sciatique syphilitique* (*Lyon Médical*, 1908, n° 51, p. 1074).

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler. Chancre syphilitique à 27 ans, soigné par des pilules Dupuytren.

Depuis trois mois douleurs dans la cuisse et la fesse de plus en plus prononcées, exagérées par la marche, sans rémission la nuit et le jour.

A l'entrée trajet du sciatique douloureux, points de Valleix. Signes de Lasègue et de Bonnet très nets.

Réflexe rotulien gauche plus vif que le droit. Réflexe achilléen normal.

Pas d'atrophie musculaire nette, pas de troubles de la sensibilité.

Guéri par le traitement spécifique.

Cette observation est également caractéristique des sciatiques tronculaires syphilitiques que l'on ne saurait plus confondre avec les sciatiques radiculaires, malgré leur commune étiologie.

Nous allons maintenant envisager les autres étiologies passibles de radiculites sciatiques, étiologies qui vont imprimer un caractère différent, si ce n'est aux symptômes essentiels de l'affection, du moins aux signes superposés dus à l'affection causale, à la pathogénie souvent différente, au pronostic et surtout à la difficulté du traitement.

RADICULITE TUBERCULEUSE

Parmi les causes infectieuses autres que la syphilis on rencontre en première ligne la tuberculose : mais là, la pathogénie, et l'anatomie pathologique vont sensiblement différer suivant que la lésion primitive est une ostéite, ou une infection méningée. Les observations publiées sont beaucoup plus convaincantes en ce qui concerne les lésions primitivement vertébrales.

Mosny et Malloizel (1) ont signalé un cas de méningo-radiculite tuberculeuse lombaire consécutive à une ostéite transverso-vertébrale.

Ces auteurs rapportent également le cas d'un tuberculeux pulmonaire, porteur d'une sciaticque droite avec atrophie musculaire et présentant en outre :

1° Une zone d'hyperesthésie en ceinture correspondant à la 1^{re} et 2^e paires lombaires et

2° Une hypoesthésie très marquée à la face interne de la cuisse et du mollet droit ce qui correspond à L₃ et L₄.

Très forte lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

(1) MOSNY et MALLOIZEL, *Soc. Méd. des hôpitaux*, p. 1097.

Le rôle de la tuberculose osseuse, ou de la pachyménin-gite bacillaire dans l'étiologie de la sciatique est connu depuis fort longtemps.

Depuis Landouzy le rôle des toxines tuberculeuses et leur influence sur les troncs nerveux étaient également très étudiées : aussi dès que sur l'ancienne conception de la sciatique vint se greffer la sciatique radiculaire, on ne tarda pas à attribuer au bacille de Koch une action importante dans la pathogénie de ce nouveau syndrome.

MM. Tinel et Gastinel ont étudié le rôle de la tuberculose dans la sciatique radiculaire et ont eu l'occasion de pratiquer l'autopsie d'un de ces cas et constata des lésions des ganglions rachidiens et des racines lombaires en tous points analogues à celles que l'on rencontre au cours des radiculites syphilitiques des tabes, mais sans aucune dégénération des racines postérieures et des cordons postérieurs ; les lésions méningées et interstitielles sont par contre identiques, jusqu'aux formations kystiques que l'on rencontre également. Il y a certes là un élément, un facteur qui nous échappe encore et qui expliquerait pourquoi le processus syphilitique produisant la même lésion initiale ne poursuit pas une évolution semblable.

En tous les cas il nous semble préférable de distinguer les radiculites tuberculeuses des radiculites syphilitiques, de même que nous pourrions également séparer de ces dernières les quelques cas rares d'étiologie autres, comme le cas de sciatique radiculaire méningococcique ou blennorrhagique, ou encore d'autres natures, car elles différeront des radiculites spécifiques au point de vue évolution et traitement.

Nous reproduisons l'observation de MM. Tinel et Gastinel ainsi que celle de Laforgue, quoique dans ce dernier cas la nature tuberculeuse de la sciatique n'ait pas été confirmée et que la régression des symptômes sous l'influence du traitement ioduré soit plutôt en faveur d'une étiologie syphilitique.

OBSERVATION L (Tinel et Gastinel) (1).

L..., âgé de 28 ans, entre à l'hôpital Laënnec le 14 janvier 1911 se plaignant de maux de tête extrêmement violents, durant depuis 8 jours, exagérés par le mouvement, surtout frontal et occipital.

Pas de vomissements, constipation depuis 3 jours, aucun autre trouble fonctionnel.

Raideur marquée de la nuque et du tronc, avec signe de Kernig.

Le malade marche bien, la tête immobilisée, et répond avec grande lucidité aux questions.

Rien à signaler dans l'enfance sauf la rougeole.

Pas de syphilis connue, le malade la nie énergiquement et n'en présente, du reste, aucun stigmate (réaction de Wassermann négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien).

Il y a 6 ans, après un effort violent, hémoptysie qui cesse au bout de quelques heures, il a continué à travailler ensuite.

Quelques mois après il se sent fatigué, et, ayant maigri, toussant et crachant, le malade entre, sur le conseil d'un méde-

(1) J. TINEL et GASTINEL, *Un cas de sciatique radiculaire tuberculeuse avec autopsie* (*Revue neurologique*, 1911, p. 453).

cin, au sanatorium d'Angicourt, où il reste 32 mois. Il en est sorti guéri, paraît-il.

Actuellement il ne présente aux deux sommets que des modifications de la respiration, expiration prolongée, inspiration rude et un peu soufflante surtout à gauche en arrière, peut-être aussi quelques petits craquements à gauche.

Mais pendant les 6 premiers mois de son séjour à Angicourt, il a souffert de maux de tête extrêmement violents durant presque toute la journée d'une façon sourde, mais prenant tous les soirs sur 4 ou 5 heures, une intensité particulière, pour disparaître le plus souvent au bout d'une heure ou deux ; d'autres fois ces douleurs se prolongeaient assez tard dans la nuit, empêchant le malade de dormir.

Il y a 13 mois, il a éprouvé une crise de sciatique gauche très violente. Après un début insidieux, la douleur avait, en quelques jours, pris une grande intensité. Ces douleurs violentes l'ont immobilisé au lit pendant 2 mois et demi. Le membre n'était pas paralysé, mais les mouvements étaient si douloureux que le malade n'osait remuer.

Il prétend de plus que la jambe droite était complètement insensible au tact et à la piqure.

Il présentait de façon très nette le signe de la toux et de l'éternuement ; les douleurs étaient alors si vives que le malade n'osait plus se moucher et s'il était obligé de tousser, il repliait son membre sur le ventre, tenant le genou à pleines mains, il fléchissait la tête sur la poitrine et s'efforçait d'immobiliser son abdomen. Il supprimait ainsi en partie les irradiations douloureuses dans le membre inférieur.

Au bout de 2 mois et demi il a pu recommencer à marcher, mais pendant 2 mois encore il dut se servir de béquilles. Peu à peu il put marcher sans éprouver autre chose que quelques douleurs sourdes dans le membre inférieur gauche.

Au mois d'octobre dernier il a été repris d'une seconde crise de sciatique gauche, moins violente que la première ; cette crise s'est terminée en 6 semaines et depuis ce temps il marche facilement et ne souffre plus, sauf quelques douleurs sourdes de temps à autre.

Actuellement on constate une atrophie marquée de son membre inférieur gauche, dont la circonférence mesure 10 centimètres au-dessus de la rotule et 2 centimètres de moins à gauche qu'à droite.

Il n'y a aucun trouble de sensibilité objective.

Les réflexes rotuliens et achilléens très vifs à droite sont un peu moins forts à gauche.

Pas de douleur à la pression le long du nerf. On ne peut chercher le signe de Lasègue à cause du Kernig qui n'est pas plus prononcé à gauche qu'à droite.

A partir de l'entrée à l'hôpital l'évolution est celle d'une méningite tuberculeuse à peu près classique ; on lui fait chaque jour une ponction lombaire depuis le 27 janvier jusque quelques jours avant sa mort, qui survient le 30 janvier dans le coma.

La première ponction le 17 janvier montre un liquide clair sous pression, coulant goutte à goutte légèrement albumineux, ne contenant que quelques rares lymphocytes.

La deuxième ponction donne un liquide encore clair, mais un peu jaunâtre et donnant un culot abondant, constitué par un mélange de polynucléaire et de mononucléaire :

Lymphocytes.....	50
Moyens mononucléaires	16
Polynucléaires	34

Les autres ponctions montrent de plus en plus une diminution des polynucléaires en faveur des lymphocytes.

Jamais on ne put discerner le bacille de Koch dans le liquide.

On injecta au cobaye le liquide de la deuxième et de la cinquième ponction, seul l'animal injecté avec la cinquième ponction devint tuberculeux.

L'autopsie montre :

1° Une méningite tuberculeuse aiguë avec infiltration lardacée considérable surtout au niveau de la vallée sylvienne, du confluent inférieur et du confluent supérieur ;

2° Une distension énorme des ventricules latéraux, remplis d'un liquide louche, épais, dans lequel flottent des débris de substance nerveuse. La substance cérébrale est en certains points réduite à une mince coque entourant les ventricules latéraux.

L'épendyme est à peu près complètement détruit.

Le troisième et le quatrième ventricules ne sont nullement dilatés.

Les plexus choroïdes des ventricules latéraux sont hypertrophiés et sclérosés, mais on ne trouve pas à leur niveau l'infiltration habituelle au cours de la méningite tuberculeuse. Le processus aigu nous semble être limité aux espaces arachnoïdiens ;

3° A côté de ces lésions jeunes il y a des traces évidentes de sclérose méningée ancienne, à peu près généralisée.

En effet, la face supérieure du cortex en particulier est unie à la dure-mère par des adhérences, partout la pie-mère se montre formée de lames fibreuses assez denses, au milieu desquelles circulent des vaisseaux à parois épaissies.

A ces lésions scléreuses anciennes se surajoute une infiltration lymphocytaire sans organisation, et de date évidemment récente.

Au niveau même des amas lymphocytaires disposés en nappe volumineuse au niveau des confluent antérieur et postérieur, on constate que les vaisseaux sont entourés d'une gaine assez épaisse de tissus fibreux.

La pie-mère qui entoure la moelle et le bulbe est également épaissie et constituée par des lames superposées de tissu fibreux adulte.

Les plexus choroïdes sont également le siège des lésions scléreuses.

4° Enfin, on constate des lésions très importantes du nerf sciatique gauche et des racines lombo-sacrées gauches qui lui donnent naissance.

Le nerf sciatique gauche, un peu moins volumineux que le droit et sensiblement plus dur, montre à la coupe une sclérose interstitielle considérable. Les tubes nerveux ne sont pas dégénérés, mais sont tassés les uns contre les autres, par le développement du tissu fibreux. Ces lésions sont très manifestes par rapport au sciatique droit beaucoup moins atteint.

D'autre part, les racines lombo-sacrées du côté gauche, plus volumineuses que celles du côté droit, présentent toutes sur le trajet de la racine postérieure, au-dessus du ganglion un gros nodule fibreux cicatriciel avec épaississement des méninges radiculaires, dissociation et éparpillement des fibres nerveuses par des tissus scléreux, et, quelquefois même formation des petites cavités kystiques.

Des lésions semblables, mais beaucoup moins marquées, se rencontrent également sur les racines antérieures.

Ces lésions se retrouvent sur les IV^e et V^e racines lombaires gauche, les I^e, II^e et III^e sacrées.

Elles contrastent avec l'intégrité relative des mêmes racines du côté droit, où se rencontre, seulement avec l'infiltration récente de la méningite en évolution, une légère sclérose ancienne des gaines méningée radiculaire. Seule la III^e sacrée droite présente un petit nodule fibreux sur son trajet.

OBSERVATION LI (Lafforgue) (1).

F..., 22 ans, du 98^e régiment d'infanterie, entré à l'hôpital Desgenettes le 2 juillet 1909 se plaignant de douleurs dans le membre inférieur gauche.

Antécédents héréditaires. — Père porteur d'une gastralgie ancienne et sujet aux bronchites.

Il a souffert plusieurs fois de douleurs sciatiques.

Mère bien portante. Ni frère ni sœurs.

Antécédents personnels. — Pas de maladie du jeune âge. Ni syphilis, ni alcoolisme, ni blennorrhagie ; pas de cause d'intoxication professionnelle. A 18 ans rhumatisme (?) sans fièvre ni gonflement articulaire, émaciation et asthénie. A 20 ans deuxième atteinte présente les mêmes caractères, depuis son arrivée au régiment troisième atteinte au mois de février, douleurs au niveau des deux genoux, des coudes et des poignets sans tuméfaction articulaire, température oscillant autour de 38.

Le 28 juin, à la suite d'une marche, ont apparu dans le membre inférieur gauche des phénomènes douloureux qui se présentent sous deux modalités différentes : il s'agit tantôt d'un endolorissement permanent, mais supportable avec sensation de gêne et de pesanteur dans le membre intéressé, tantôt de crises paroxystiques qui débute à la fesse par des douleurs en coup de conteau, s'irradiant dans toute la zone du sciatique jusqu'à la plante du pied, se reproduisant plusieurs fois par heure. Le moindre mouvement brusque, une friction cutanée, la toux ré-

(1) LAFFORGUE, *Sciatique radiculaire d'origine tuberculeuse* (*Presse Médicale*, 1909, p. 649).

veillent ce paroxysme, et le sujet, continuellement hanté par la crainte de leur retour, présente un facies dolent caractéristique. La nuit les douleurs sont si violentes qu'elles arrachent des cris au malade, il s'y mêle quelques sensations paresthésiques, picotements et fourmillements à la plante des pieds, sensation d'eau chaude « entre cuir et chair » à la face postérieure de la cuisse.

La motilité du membre est intacte, tous les mouvements sont possibles, limités seulement par la douleur et par une contraction de défense, surtout marquée au niveau des adducteurs de la cuisse et des tendons du creux poplité.

Quelques-uns des points de Valleix sont très sensibles (échancre sciatique, région rétro-trochantérienne, points médio-crural et poplité), les autres sont indolores. Signe de Lasègue positif, la pression et la percussion du coccyx sont très douloureuses, il en est de même du pincement des adducteurs et des tendons poplités. Mais surtout il existe une hyperesthésie exquise, dont la topographie se superpose à peu près exactement aux territoires de S_1 S_2 S_3 S_4 . Très accentuée au niveau de la verge, du scrotum, de la région fessière et sacrée, à la partie postérieure de la cuisse et de la jambe, elle est un peu moins vive dans les territoires plantaires de S_1 et S_2 , elle emprunte légèrement en arrière sur les territoires de L_4 et de L_5 . Les sensations thermiques sont normales dans ces régions, mais le froid provoque une impression très pénible.

Le sens musculaire et la sensibilité osseuse sont intactes, la vibration du diapason est très mal supportée.

Les réflexes crémastérien, plantaire, abdominal, sont plus énergiques que du côté opposé.

Les réflexes rotuliens sont égaux des deux côtés.

On ne note aucun trouble vaso-moteur ou trophique.

Sur le sujet debout, on constate l'abaissement et un certain degré d'effacement du pli fessier gauche avec flaccidité des

muscles, la jambe est en flexion sur la cuisse, la cuisse en flexion sur le bassin, pour marcher le malade n'appuie que sur la pointe du pied gauche.

L'examen de la colonne vertébrale ne révèle l'existence d'aucune scoliose, ni d'aucun point douloureux, aucune raideur du segment lombo-sacré.

Pas de troubles des sphincters.

Pour les autres organes on ne note rien au cœur, le pouls est régulier avec pression faible à 12.

Quelques troubles digestifs, langue légèrement saburrale, anorexie remontant à quelques semaines ; ni diarrhée, ni constipation. Foie légèrement hypertrophié, dépassant de deux travers de doigt le rebord costal. Rate perceptible.

Au poumon submatité nette du sommet droit, avec expiration prolongée et souflante, exagération des vibrations et retentissement vocal. Toux fréquente, expectoration muqueuse sans bacilles, le sujet a perdu 6 kilogrammes depuis deux mois et son état général apparaît fort précaire.

La ponction lombaire donne un liquide limpide sans éléments cellulaires.

Le séro-diagnostic tuberculeux dû à l'obligeance de notre ami F. Arloing est positif au 1/15.

Les douleurs résistèrent pendant 3 jours, au traitement par 3 grammes d'antipyrine par jour et aux frictions de salicylate de méthyle et cédèrent en 5 jours au traitement par le KI, à 3 grammes par jour.

RADICULITE MÉNINGOCOCCIQUE

MM. Déjerine et Tinel ont pu caractériser la présence de méningocoques dans le liquide céphalo-rachidien au cours d'une sciatique radiculaire ; ce cas assez rare peut s'expliquer par un séquelle de méningite cérébro-spinale épidémique, localisé aux racines lombo-sacrées.

Nous faisons suivre cette observation de celle de Lortat, Jacob et Salomon, sur la sciatique radiculaire blennorragique, bien que l'étiologie n'en soit pas certaine et n'ait été confirmée par aucun examen de laboratoire.

OBSERVATION LII (MM. L. Déjerine et Tinel) (1).

C..., employé de commerce, 33 ans, vient le 17 mars 1909 consulter à la Salpêtrière, parce qu'il souffre depuis 2 mois de douleurs violentes dans les membres inférieurs.

Histoire de l'affection. — Début insidieux et progressif ; douleurs vagues dans les reins depuis 5 semaines : à la suite d'un

(1) DÉJERINE et TINEL, *Un cas de radiculite lombo-sacrée à méningocoque* (*Revue de Neurologie*, 1909, p. 635).

effort fait pour se plier en touchant terre des deux mains les deux jambes étant raidies la douleur devient plus violente et est depuis lors intolérable.

Ces douleurs peuvent survenir spontanément, lorsqu'il est assis ou couché ; elles sont violentes, rapides, traversent sa jambe comme un éclair, du bassin jusqu'au talon, douleurs véritablement fulgurantes se suivant à très brefs intervalles pour constituer une crise ; les mêmes douleurs sont provoquées par certains mouvements, tels que le fléchissement du tronc ou les mouvements de la nuque.

Il présente très nettement le signe de l'éternuement.

Actuellement les douleurs frappent surtout le membre inférieur droit, mais il y a 15 jours, le gauche seul était douloureux.

En dehors de ces douleurs, aucun trouble ; ni céphalée, ni douleur à la miction, pas de gêne aux membres supérieurs, pas de fièvre ; appétit conservé.

Etat actuel. — Homme très vigoureux. Aucune douleur à la pression des nerfs ou des masses musculaires : pas de points douloureux, quoique le malade indique bien le trajet du sciatique et du crural comme siège de ses douleurs.

Signe de Lasègue à droite, ébauché à gauche.

Réflexe achilléen : très diminué à droite, trois jours après aboli.

Réflexe rotulien droit presque aboli.

Réflexes tendineux du membre inférieur gauche normaux.

Pas de réflexe plantaire, ni à droite ni à gauche.

Pas de troubles de la sensibilité objective : sphincters tous normaux.

Antécédents. — Le malade nie la syphilis : il a eu deux blennorrhagies il y a 10 ans. Marié ; sa femme a eu une seule grossesse normale.

Aucune maladie dans les antécédents sauf, il y a 6 mois, quelques maux de tête et une violente diarrhée.

Ponction lombaire. — Le liquide céphalo-rachidien n'est pas hypertendu, transparent, mais franchement coloré, ambré.

A la centrifugation, culot hématique formé de globules rouges en voie d'hémolyse et de leucocytes, parmi lesquels 88 0/0 de lymphocytes, 8 à 9 grands mononucléaires macrophages et 2 à 3 polynucléaires ; on rencontre aussi quelques débris de fausses membranes et placards fibrineux.

Enfin on trouve dans toutes les préparations quelques rares diplocoques en grains de café, ne prenant pas le Gram. Ils sont tous extracellulaires : ils se présentent presque tous en petits amas de 15 ou 20 diplocoques agglutinés.

Les cultures n'ont pu se faire ; par contre, le liquide céphalo-rachidien possède des propriétés agglutinantes manifestes vis-à-vis d'une culture du méningocoque.

La précipito réaction de Vincent et Bellot a été négative.

L'un de nous revit le malade 8 jours après ; les douleurs étaient aussi intenses : les réflexes tendineux rotulien et achilléen du membre gauche étaient également abolis. Pas trace de faiblesse musculaire, d'atrophie ou d'ataxie dans les membres.

RADICULITE BLENNORRAGIQUE

OBSERVATION LIII (MM. Lortat, Jacob et Salomon) (1)
(résumée).

Adulte vigoureux, 26 ans, brocanteur. Douleurs spontanées très vives dans le domaine du sciatique gauche, provoquées par la pression du nerf. Points de Valleix douloureux. La pression de la partie moyenne de la crête iliaque et du sacrum réveille une douleur exquise, de même sur le trajet du nerf crural. Signe de Lasègue. Motilité troublée. Parésie et diminution de force musculaire du côté malade.

Troubles trophiques. — Diminution notable et progressive du volume de la jambe gauche. Pli fessier gauche abaissé.

Réflexe patellaire très affaibli à gauche ; achilléen gauche aboli.

Pas de Babinski. Les réflexes crémastérien et abdominal sont exagérés du côté gauche.

Pas de Kernig. Le malade steppe légèrement en marchant.

Troubles de la sensibilité. — Hyperesthésie ou anesthésie dou-

(1) LORTAT, JACOB et SALOMON, *Sciatique radiculaire blennorragique* (Soc. Méd. des hôpitaux, 1907, p. 678).

loureuse sur le bord antéro-externe de la cuisse de la jambe et du pied ; plus étendus sur la face antérieure de la cuisse où ils affleurent la région des adducteurs, ces troubles laissent, au contraire, indemne la région interne de la jambe. A la fesse, la partie supérieure est intéressée ainsi que les $\frac{2}{3}$ supérieurs du pli fessier gauche. En avant la moitié gauche des organes génitaux, scrotum et verge, sont atteints par la zone d'hyperesthésie. La limite supérieure de ces troubles remonte jusqu'au point le plus élevé de la crête iliaque en arrière et franchit l'abdomen au niveau de l'anneau inguinal.

La ponction lombaire donne un liquide hypertendu, légèrement albumineux mais sans lymphocytose.

Autres organes : rien à signaler, sauf poumon droit : tuberculose, au premier degré, du sommet.

Antécédents. — A 16 ans abcès sous-maxillaire. Marié ; à 21 ans arthrite scapulo humérale. En 1905 blennorragie légère non traitée. En 1906 au mois de juin, des symptômes douloureux dans le membre inférieur gauche, à la suite d'une marche. Augmentation des douleurs. Signe de l'éternuement et de la toux. L'injection épidurale ne le calme que pour quelques heures.

Ainsi il paraît bien démontré que les sciatiques radiculaires non syphilitiques, dont l'étiologie a pu être caractérisée avec certitude, relevaient surtout de séquelles de méningite cérébro-spinale ou tuberculeuse, et que l'on avait là surtout affaire à une pachyméningite englobant les racines médullaires.

DIAGNOSTIC

Constater l'existence de troubles sensitifs dans le domaine du sciatique, ou bien encore de troubles sensitivo-moteurs est certes un des éléments presque suffisants pour porter le diagnostic général de sciatique : mais en neuropathologie c'est toujours à la répartition topographique des symptômes qu'il faut recourir pour différencier les diverses affections, et c'est bien là le problème qui se pose en présence de toute sciatique.

Névralgie, névrite ou radiculite ?

Après les travaux de M. le Pr Landouzy le problème ne s'étendait qu'aux deux modalités.

M. Déjerine en y adjoignant une troisième possibilité compliquait apparemment le diagnostic, mais l'éclairait d'un jour tout nouveau.

M. Sicard (1) dernièrement introduisit le terme et la notion de funiculite et voulut substituer à l'explication radiculaire des phénomènes observés une localisation et une pathogénie nouvelle basée sur une lésion siégeant sur la

(1) SICARD, *La sciatique* (*Journ. de Méd. de Paris*, octobre 1911).

portion nerveuse située entre le ganglion rachidien d'une part et le plexus d'autre part, donnant à cette racine du plexus le nom de *funiculus* pour éviter toute confusion avec la racine médullaire.

Pour cet auteur, la sciatique serait « une funiculite des troncs funiculaires droits ou gauches des V^e lombaire, I^{re} sacrée et II^e sacrée ». Sicard base sa théorie sur les arguments suivants :

Le V^e tronc funiculaire lombaire répond au tronc de conjugaison lombo-sacré, incessamment soumis au pivotement vertébral inférieur, ce qui expliquerait la prédominance des lésions en ce point.

Tout en reconnaissant la possibilité de cette lésion, il nous semble qu'elle doit être réservée à un nombre de cas très restreint et qu'elle n'enlève rien de la grande généralité des lésions purement radiculaires.

M. Sicard s'étonne de l'absence d'algie du plexus honteux interne coexistant avec la sciatique, il déclare en outre, n'avoir presque jamais constaté de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

La plupart de nos observations ont montré au contraire une lymphocytose, légère quelquefois, mais presque constante : de plus, on ne s'expliquerait que très difficilement une lésion portant sur les nerfs mixtes déjà constitués et produisant une lésion qui ne s'accompagnerait que de phénomènes sensitifs, ou d'autres fois, plus rares cependant, uniquement moteurs.

Si l'on objecte qu'une atteinte superficielle du nerf provoqué uniquement de la douleur, pour expliquer des troubles aussi intenses qu'une anesthésie complète du ter-

ritoire innervé il faut admettre une lésion suffisamment grande qui nécessairement s'accompagne de troubles paralytiques.

Les dissociations entre les racines motrices et sensibles simultanément prises ne s'expliqueraient également pas.

Le signe de Déjerine est également en faveur de l'hypothèse radiculaire, et peut servir à différencier les lésions intra et extra dures.

Nous ne nous arrêtons pas à différencier les sciaticques névralgies des sciaticques névrites : ce sont là différences de degré d'une même lésion tronculaire et nous aborderons de suite le diagnostic différentiel de la sciaticque tronculaire et de la sciaticque radiculaire.

Nous avons déjà eu l'occasion de différencier les sciaticques syphilitiques tronculaires, des sciaticques syphilitiques radiculaires : les mêmes éléments vont naturellement nous servir pour résumer les symptômes caractéristiques des affections tronculaires et radiculaires d'une manière générale.

La douleur, signe primordial de toute sciaticque, diffère déjà dans les deux affections, par son siège, sa nature, ses exaspérations et ses irradiations, aussi bien spontanées que provoquées.

Siège. — Le début par les douleurs lombaires est beaucoup plus en faveur d'une affection radiculaire ; plus tard les irradiations dans tout le membre inférieur ont le caractère de crises successives, à intervalles très rapprochés que les malades comparent à des éclairs, des décharges électriques ou des coups de foudre.

Exaspérations. — Dans les radiculites, nous ne saurions

trop insister sur ce symptôme : l'éternuement, la toux provoquent une exacerbation intolérable. Dans les tronculites l'exaspération de la douleur est surtout provoquée par des changements de température ou par des moyens mécaniques.

Douleurs provoquées. — Les points douloureux de Valleix ne semblent pas faire partie du tableau clinique de la sciatique radiculaire. Sur 45 observations on signale leur absence 20 fois et 12 fois, on les note comme peu douloureux ou très réduits. Les quelques fois où on les observe sont peut-être dues à des lésions de névrite descendante secondaire. L'existence de points apophysaires, ou juxta-apophysaires le long du sacrum a souvent été signalée par contre et est plutôt en faveur d'une radiculite. Le signe de Lasègue est moins constant, mais ne peut cependant servir comme moyen diagnostique. Les signes de douleur controlatéraux sont en faveur d'une lésion radiculaire.

Nous ne reviendrons pas ici sur les topographies de sensibilité et de troubles moteurs, éléments essentiels de diagnostic et sur lesquelles nous avons suffisamment insisté.

Les réflexes sont également troublés dans les deux affections et ne sauraient intervenir dans le diagnostic.

L'examen du liquide céphalo-rachidien sera par contre un gros élément en faveur des radiculites si l'on y note une lymphocytose même légère.

Enfin le diagnostic peut être posé à l'aide d'une injection de cocaïne *locodolente* : il atténue les névralgies de cause périphérique et est sans action sur les sciatiques radiculaires (Pitres et Verger).

Le diagnostic de radiculite une fois posé, il nous faut

délimiter les frontières, souvent si difficiles à trouver, qui séparent les radiculites sciatiques du tabes.

Radiculite et tabes sont une et même lésion : voilà qui explique la communauté de symptômes : douleurs fulgurantes, crises de radiculalgie, troubles de sensibilité objective à topographie radiculaire, perte des sensibilités profondes.

L'observation publiée par MM. Déjerine et Egger est à ce sujet très caractéristique, car le diagnostic entre le tabes et la radiculite, non pas uniquement sciatique, il est vrai, mais généralisée, y était très à discuter. Malgré que ce cas sorte un peu du cadre étroit de la sciatique radiculaire, les troubles de radiculite du membre inférieur y sont suffisamment prépondérants pour nous autoriser à la reproduire ici :

OBSERVATION LIV (M. Déjerine et Egger) (1) (*Résumée*).

Ch..., 57 ans, hospitalisée Salpêtrière depuis 1891. Fièvre typhoïde à 27 ans, à la suite d'une rechute douleurs intenses dans la jambe droite. Depuis bonne santé. Six enfants, pas de fausse couche. Nie spécificité, pas d'éthylisme.

En janvier 1894 douleurs fulgurantes dans jambe droite. En juillet paralysie de l'extenseur du gros orteil (la malade est obligée de l'attacher avec une ficelle pour le glisser dans son soulier).

Etat : février 1895 ; pied droit tombant, plante dirigée en de-

(1) DÉJERINE et EGGER, *Un cas de névrite radiculaire* (*Revue Neurologique*, 1904, p. 524).

dans. Flexion dorsale très limitée ainsi que l'abduction du pied.

Extension du gros orteil abolie. Les autres orteils à droite réalisent la greffe des interosseux. Le fléchisseur commun est légèrement conservé. Atrophie du groupe antéro-externe des muscles de la jambe. DR des extenseurs du gros orteil et du groupe antéro-externe.

Commencement de paralysie symétrique à gauche. Mais péroniers encore intacts.

Pas de troubles de sensibilité. Réflexe plantaire existe seulement à gauche, rotuliens et achilléens faibles à gauche, abolis à droite. Rien aux membres supérieurs, pas de troubles sphinctériens.

En 1895 recrudescence des douleurs et abolition complète des réflexes du membre inférieur.

En 1896, troubles paresthésiques et douleurs fulgurantes dans le membre supérieur droit.

En novembre diminution de la sensibilité objective tactile, douloureuse et thermique sur la face dorsale du pied et antéro-externe de la jambe droite.

En 1899, pied et orteils droits paralysés, pied et orteils gauche parésiés surtout extenseurs des orteils et fléchisseurs dorsaux du pied. Atrophie surtout à droite.

Troubles de sensibilité objective également au pied et à la jambe gauche.

En juillet 1899, douleur à la pression des troncs nerveux.

En 1900 incontinence totale urinaire et fécale ; actuellement encore incontinence partielle de l'urine.

En 1904, paralysie complète du pied droit et des orteils avec réactions électriques abolies dans ces muscles : atrophie considérable du groupe abducteur et court fléchisseur du 5^e orteil et adducteur du gros.

Triceps crural droit plus fort que fléchisseurs qui ont des

réactions électriques très diminuées tandis que seul des extenseurs, le droit antérieur est touché. Sauf les abducteurs tous les muscles de la cuisse sont affaiblis.

De même dans la cuisse gauche, quoiqu'en général force mieux conservée. Au pied gauche extension du gros orteil aboli, des orteils également : flexion très limitée. Flexion plantaire et dorsale du pied faible.

Abduction et adduction du pied restreintes. Triceps sural DR groupe antéro-externe de la jambe réactions électriques diminuées.

Au membre supérieur droit, main tendance à tomber, extenseurs des poignets très faibles ainsi que extenseurs des doigts et triceps. Tous les fléchisseurs sont bien conservés.

A gauche tous les troubles moteurs sont moins accusés.

Les supinateurs sont intacts.

Troubles de sensibilités intéressent les trois modes : topographie radiculaire bande d'anesthésie en L_5 S_1 S_2 à droite S_2 à gauche, hypoesthésie, en L_4 S_3 à droite S_3 S_1 L_5 à gauche pour les membres inférieurs. Aux membres supérieurs D_1 D_2 anesthésiés C_6 C_6 C_7 C_8 hypoesthésiés et anesthésie de la seconde branche du trijumeau à droite.

Réactions pupillaires normales, pas d'Argyll-Robertson.

Réflexes tendineux du membre supérieur conservé.

Pas d'incoordination ni des membres supérieurs, ni des membres inférieurs ; signe de Romberg. Sensibilité osseuse altérée aux membres inférieurs. Tous les troncs nerveux : sciatiques, radiaux, cubitiaux, plexus du creux susclaviculaires douloureux à la pression. Lymphocytose moyenne du liquide céphalorachidien.

La conservation du sens des attitudes, la dissociation entre la sensibilité superficielle et profonde, le fait que l'abolition des réflexes est plus en rapport avec la paralysie

et l'atrophie musculaire que due à un trouble de la réflectivité font pencher le diagnostic en faveur d'une radiculite, de même que l'évolution de la maladie, ainsi que l'absence du signe d'Argyll-Robertson.

En fait, il s'agit bien là d'une forme de transition entre la radiculite simple et le tabes.

Suivant l'évolution toute différente dans les cas extrêmes, si voisine dans les cas limitrophes, de l'infection méningée qui préside à la radiculite, nous aurons tantôt l'atteinte brutale d'une ou plusieurs racines lombo-sacrées, atteinte que le traitement intensif enrayera et fera même regresser le plus souvent et nous aurons alors une sciatique radiculaire, tantôt ce sera l'envahissement lent et progressif de toutes ou parties des racines médullaires, avec participation des cordons médullaires qui vont dégénérer par voie centrifuge et nous aurons le tableau clinique plus ou moins complet du tabes.

Nous comprenons donc facilement combien difficile peut être quelquefois ce diagnostic différentiel et de plus combien il sera fréquent au début ou au cours d'un tabes, d'isoler une forme assez pure de sciatique radiculaire.

Nous trouvons notamment dans la thèse de M. P. Camus (1) un cas de radiculite antérieure, forme motrice assez limitée, au cours d'un tabes.

(1) P. CAMUS, *Les radiculites*, Paris, 1908.

OBSERVATION LV

L..., 30 ans, employé de commerce, vient consulter à la Salpêtrière en décembre 1906 pour des troubles de la marche.

Antécédents héréditaires. — Père mort de paralysie après 45 ans de cécité.

Antécédents personnels. — Dothiénanterie et scarlatine dans l'enfance. Syphilis à 21 ans : chancre, roséole, douleurs névralgiques, traitement aux pilules de protoiodure.

A 26 ans douleurs à type fulgurant, de plus en plus marquées et persistantes dans les membres inférieurs. A 29 ans paralysie transitoire des muscles externes de l'œil droit.

Depuis 15 jours le malade stoppe du pied gauche. Parésie manifeste du jambier antérieur et des extenseurs. Les péroniers sont aussi un peu atteints. La plante du pied n'est que peu affaissée. Les autres muscles sont intacts. Pas d'ataxie. Tous les réflexes sont abolis des deux côtés, aux quatre membres. Signe d'Argyll-Robertson positif.

Le diagnostic différentiel qui peut encore se poser est celui des rhizopathies et des myelopathies. Nous avons déjà abordé ce problème à propos du cas spécial des affections de la queue de cheval. D'une manière générale, ce diagnostic est souvent fort difficile, surtout depuis que l'on sait que la topographie médullaire affecte une distribution radiculaire : c'est surtout avec les affections de la substance grise de la moelle polyomyélite, syringomyélie, sclérose latérale amyotrophique, qui, les deux premières surtout, présentent le syndrome radiculaire presque pur que le diagnostic peut être discuté.

Nous avons vu que l'intensité et la précocité de la douleur, la constatation de troubles moteurs et sensitifs non superposables, les contractions fibrillaires, l'absence de lymphocytose et surtout l'étude de l'évolution et sa marche progressive seront les meilleurs éléments de différenciation.

Lorsqu'aux lésions de la substance grise viennent s'ajouter des lésions des cordons blancs, la constatation de ces derniers, qu'il faudra rechercher minutieusement, deviendra un signe des plus importants : que ce soit une paresse, ou une contracture siégeant dans des territoires sus ou sous-jacents à ceux qu'occupe le syndrome radiculaire.

Mais le problème devient réellement presque irrésoluble dans les cas où racines, méninges et moelle, participent au processus inflammatoire : la part qui revient à chacune est alors impossible à délimiter.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

De toutes les sciaticques, la sciaticque radiculaire spécifique est la plus facilement curable : la radiculite syphilitique cède, en effet, au traitement antisiphilitique.

Tous les autres moyens préconisés au cours des névralgies et des névrites, sont sans action durable et efficace ; et l'observation publiée par Naville à la Société médicale de Genève, en est un exemple frappant.

Par le traitement mercuriel nous avons toujours obtenu une rapide amélioration des troubles moteurs et une disparition complète de la douleur.

Même dans les cas où la syphilis n'était ni avouée, ni avérée, lorsque l'étiologie restait incertaine, le traitement était la pierre de touche de l'infection causale.

Le traitement doit être précocement institué, car si la régression des phénomènes douloureux a toujours été notée dans les radiculites sciaticques traitées par les injections mercurielles, la rétrocession des paralysies est fonction du degré d'ancienneté de la lésion : l'on conçoit aisément que

le traitement devienne inefficace lorsque la lésion a atteint un stade trop avancé.

Aussi ne saurait-on trop insister sur le fait, que c'est au début que la radiculite doit être dépistée, afin qu'un traitement bien dirigé entrave l'évolution spécifique avant que l'affection ne devienne chronique.

OBSERVATION LVI (Naville) (1).

H..., âgé de 29 ans, n'ayant eu jusqu'ici d'autre maladie qu'une légère atteinte bacillaire, datant de 6 ans et dont il reste encore actuellement des traces aux poumons : il ne croit pas avoir eu la syphilis. Dès janvier 1909 il souffrit, au membre inférieur droit de violentes douleurs apparues avec un début très brusque. Il fut considéré comme atteint de « sciatique » et traité en conséquence. Pendant deux mois des douleurs atroces rendirent impossible tout mouvement de la jambe. En été amélioration notable, la marche redevient possible sans douleurs. En hiver 1909-10 reprise des douleurs. En mars, double élongation du sciatique à la fesse puis au creux poplité ; injections d'alcool et de fibrolysine. Dès ce moment le malade maigrit notablement, bien qu'à aucun moment il n'ait diminué de force. En novembre 1910, après quelques mois d'amélioration les douleurs reprirent avec plus d'intensité que jamais, avec des exacerbations violentes, en particulier quand le malade toussait ou éternuait. On essaya sans succès de nombreux traitements. A l'hôpital on constata une atrophie considérable dans le domaine du crural et du sciatique

(1) NAVILLE, Présentation à la Société Médicale de Genève (*Revue Médicale de la Suisse romande*, 1911, p. 767).

droit sans perte de la force musculaire (le grand fessier seul était paralysé) avec exagération des réflexes tendineux, sans clonus ni Babinski. Tous les symptômes douloureux d'une sciatique intense étaient au complet et il existait, en outre, des troubles de la sensibilité à disposition radiculaire, allant de la quatrième lombaire à la deuxième sacrée. La région de la troisième sacrée, les sphincters et le côté gauche était indemne.

Sous l'influence d'une vingtaine de piqûres de 0,02 de biiodure d'hydrargyre les douleurs ont beaucoup diminué et l'atrophie a notablement regressé ainsi que les troubles objectifs et la sensibilité cutanée; le grand fessier a retrouvé complètement sa motilité... Notre cas est vraisemblablement une sciatique radiculaire syphilitique;... on ne peut cependant exclure avec certitude l'hypothèse d'une lésion bacillaire des méninges ou des os.

Dans le cas de radiculites qui ne cèdent pas au traitement antispécifique on a préconisé la ponction lombaire, avec ou sans injection intrarachidienne d'anesthésique local; ce procédé fait courir inutilement le risque de rachialgie, de paralysie transitoire et surtout de céphalée violente, qui ne sont guère en rapport avec l'amélioration durable des symptômes.

L'injection épidurale est plus indiquée et donne de très bons résultats: on injecte dix centimètres cubes de sérum additionné de cinq centigrammes de novocaïne.

Le traitement par la radiothérapie a également donné de notables améliorations dans les radiculites lombo-sacrées.

Nous réserverons aux radiculalgies violentes, chroniques,

rebelles à toute thérapeutique la section des racines postérieures (Chipault) et la résection du ganglion rachidéen.

Nous ne citerons que pour mémoire l'action des bains de boue de Sali préconisés dernièrement dans la sciatique rudiculaire (1).

(1) DOBROKHOTOW, *Revue de Médecine*, 1914, p. 530.

CONCLUSIONS

1° La sciatique radiculaire est actuellement bien différenciée de la sciatique tronculaire et sa fréquence est telle que l'on peut dire : dans la sciatique essentielle la radiculite est la règle, la tronculite l'exception.

2° A côté des formes à prédominance sensitive on trouve des formes sensitivomotrices, dans lesquelles la distribution des troubles moteurs affecte une topographie également radiculaire.

3° Les troubles moteurs ne sont pas toujours superposables aux troubles sensitifs, les racines lésées antérieures et postérieures n'étant pas nécessairement homologues.

4° Les racines sensibles les plus fréquemment atteintes sont la cinquième lombaire, et les deux premières sacrées ce qu'on s'explique par la disposition des gaines radiculaires.

5° Les racines motrices lésées le plus souvent sont la quatrième et cinquième lombaire.

6° Toute sciatique radiculaire qui n'a pas fait ses preuves est une radiculite syphilitique et bénéficie du traitement iodo-hydrargyrique.

7° Les sciatiques radiculaires non syphilitiques ont une pathogénie, un pronostic et un traitement différents.

Vu et approuvé le Président de thèse,

J. DÉJERINE.

Vu le Doyen.

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer

Le recteur de l'Université de Paris.

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ARDIN, DELTEIL et DUMOLARD. — *Radiculite syphilitique* (*Revue Neurologique*, 1907, p. 533).
- BARTELS. — *Mitt. a. d. grenzgeb. d. Med. u. Chir.*, 1903, Bd. XI.
- BECHTEREW. — *Rev. de Psychiatr. de Neurol. russe*, 1907, p. 210.
- BELLEROSE. — *Radiculites* (*Vermont Medical Monthly*, 15 avril 1912).
- BERTHEOL. — *Contribution à l'étude de la sciatique radiculaire* (Thèse de Paris, 1906).
- BLERIEL. — *Radiculites et radiculalgies* (*Lyon Médical*, 1913, p. 861).
- BONOLA. — *Les réflexes du tendon d'Achille et du tenseur du fascia lata dans la sciatique radiculaire et dans la sciatique tronculaire* (*Revue Neurologique*, 1912, p. 324).
- CAMUS (P.). — *Les radiculites* (Thèse de Paris, 1908).
- CAMUS (P.) et SÉZARY. — *Radiculite sensitivomotrice* (*Revue Neurologique*, 1906).
- CAMUS (P.) et SÉZARY. — *Les radiculites* (*Presse Médicale*, 24 août 1907).
- CESTAN et BABONNEIX. — *Gaz. des hôpitaux*, 13 février 1901.
- CLARAC. — *Lésion radiculaire du plexus lombosacré* (*Rev. Neur.*, 1912, 157).
- CLAUDE et VELTER. — *Polyradiculite de nature vraisemblablement syphilitique simulant un tabes* (*Revue Neurologique*, 1910, t. I, p. 525).
- DÉJÉRINE (J.). — *Sémiologie du système nerveux*, 1914.
- DÉJÉRINE (J.). — *Sciatique radiculaire dissociée* (*Journ. de Méd. et de Chir. pratiques*, déc. 1912).
- DÉJÉRINE (J.) et EGGER (M.). — *Névrite radiculaire sensitivomotrice généralisée à marche chronique* (*Revue Neurologique*, 1904, p. 524).

- DÉJERINE (J.), LEENHARDT (E.) et NORERO (M.). — *Un cas de névrite radiculaire : douleurs pendant l'éternuement* (*Revue Neurologique*, 1905, p. 640).
- DÉJERINE (J.) et THOMAS (André). — *Syndromes radiculaires purs. Maladies de la moelle épinière*, 1909, p. 798.
- DÉJERINE (J.) et BEAUDOUIN. — *La pathologie radiculaire* (*Paris Médical*, 1911).
- DÉJERINE (J.) et REGNARD (M.). — *Sciatique radiculaire avec paralysie dissociée des muscles antéro-externes de la jambe droite. Intégrité du jambier antérieur. Anesthésie dans le territoire L₅* (*Revue Neurologique*, 1912, p. 288).
- DÉJERINE (J.) et QUERCY. — *Sciatique radiculaire dissociée* (*Revue Neurologique*, 1913, p. 127).
- DÉJERINE (J.) et TINEL (S.). — *Un cas de radiculite lombo-sacrée à méningocoque* (*Revue Neurologique*, 1909, p. 635).
- DOBROKHOTOW. — *Sciatique radiculaire* (*Revue de Médecine*, 1914, p. 530).
- DUBARRY. — *Sensibilité cutanée dans la sciatique* (Thèse, Paris, 1903).
- DUBOIS. — *Radiculaire Lähmung im Bereiche der Sacral Wurzeln* (*Corresp. Bf. Schweiz Aerzte*, 1902, p. 366).
- DUFOUR. — *Contribution à l'étude des lésions des nerfs de la queue de cheval et du cône terminal* (Thèse, Paris, 1896).
- FAVRE et ROUBIER. — *Sciatique syphilitique* (*Lyon Médical*, 1908, p. 1073).
- FOURNIER. — *Leçons sur la syphilis*, 1873.
- GARA. — *Soc. de Méd. int. et Ped. de Vienne*, février 1907.
- GAUKLER et ROUSSY. — *Un cas de sciatique avec troubles de la sensibilité à topographie radiculaire* (*Revue Neurologique*, 1904, p. 366).
- GAVAZENNI. — *Sciatique radiculaire* (*Il Policlinico*, août 1905).
- GORDON. — *Sciatique radiculaire* (*The Journal of the American Medical Association*, 1910).
- GROS et LANCEREAUX. — *Affections nerveuses syphilitiques*, 1861.
- GUINON et PARMENTIER. — *Sur une complication de la sciatique* (*Arch. de Neurol.*, 1890, p. 161).
- ITALO ROSSI. — *Arch. de Neurol.*, 1906, p. 81.
- JEANSELME (E.) et SEZARY (A.). — *Radiculite lombaire. Névrite crurale radiculaire* (*Revue Neurologique*, 1907, p. 760).

- LAFFORGUE. — *Sciatique radiculaire d'origine tuberculeuse* (*Presse Médicale*, 15 sept. 1909, p. 649).
- LAGRELETTE. — *Sciatique* (Thèse, Paris, 1869).
- LAIGNEL, LAVASTINE et VERLIAC. — *Syndrome de l'hémé-queue de cheval par méningoradiculite syphilitique* (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, Ann. XXI. N° 2, 1908).
- LANGDON. — *Radiculites* (*Journal of nervous and mental Disease*, août 1910, p. 180).
- LAROCHE. — *Topographie radiculaire* (Thèse, Paris, 1907).
- LEFEBVRE. — *Paralysie traumatique*, Paris, 1867.
- LORTAT (Jacob). — *La sciatique*, 1913.
- LORTAT (Jacob) et SABARÉANU. — *Sciatique radiculaire unilatérale* (*Presse Méd.*, 5 octobre 1904).
- LORTAT (Jacob) et SABARÉANU. — *Les sciatiques radiculaires* (*Revue de Méd.*, 1905, p. 917).
- LORTAT (Jacob) et SALOMON. — *Sciatique radiculaire blennorrhagique* (*Soc. Méd. des hôpitaux*, 28 juin 1907).
- MARBÉ. — *Néuralgie radiculaire sacrée*. *Soc. de Neurol. et Psych.* de Bucarest, 29 avril 1906.
- MARCHAND et ALIEX. — *Soc. anatomique*, mai 1906.
- MIRAILLÉ. — *Les néuralgies radiculaires* (*Gaz. médicale de Nantes*, 1^{er} juillet 1905).
- MOSNY et MALLOIZEL. — *Radiculite subaiguë suivie de sclérose combinée* (*Soc. de Neurologie*, 12 janvier 1905).
- MOSNY et MALLOIZEL. — *Sciatique tuberculeuse* (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1906, p. 1097).
- NAVILLE. — *Radiculite du membre inférieur droit d'origine probablement spécifique* (*Soc. Méd. de Genève*, 1^{er} juin 1911).
- NICOLADONI et WIENER. — *Med. Presse*, 1886, n° 16-17.
- NONNE. — *Entartungsreaktion bei primärer Ischias* (*Berl. Klin. Wochenschr.*, 1886, p. 842).
- NOTTA. — *Etude sur les troubles de la sensibilité et de la motilité dans les néuralgies* (*Arch. gén. de Méd.*, 1852).
- PADOA. — *Arch. gén. de Méd.*, 1907, p. 254.
- PÉLISSIER (A.) et KREBS. — *Un cas de sciatique radiculaire dissociée* (*Rev. Neurologique*, 1914, p. 320).
- PETERS (DE). — *Syphilis héréd. de Méd.*, 1900, p. 624.

- PHULPIN. — *La sciatique* (Thèse, Paris, 1895).
- PLATE. — *Deutsch. Med. Woch.*, 1911, p. 216.
- RAYMOND et OPPERT. — *Un cas de méningite radiculaire* (*Rev. Neurologique*, 1907).
- RAYMOND. — *Cliniques*, t. III, 1898, leç. xxxi.
- ROSAENDA. — *Les radiculites sensitives* (*Revista Neuro-Pathologica*, vol. II, p. 38).
- ROUSSELIER. — *Les troubles de la sensibilité dans la radiculite sciatique syphilitique* (Thèse, Paris, 1907).
- ROUSSY. — *Les radiculites* (in *Pratique Neurologique* de Pierre Marie).
- SCHULTZE. — *Deutsch. Zeitsch. f. Nervenheilk.* Bd. V, 1894).
- SICARD. — *La Sciatique* (*Journal de Médecine de Paris*, nos 41 et 42, octobre 1911).
- STROESCU. — *Sciatique radiculaire* (Thèse, Bucarest, 1907).
- TEODORO GAZTELA. — *Sciatique radiculaire* (*Archives espanolas neurologia psiquiatria y psiatherapia*, t. I, n° 12, p. 285).
- THOMAS (André). — *Les radiculites du membre inférieur* (*La Clinique*, 15 février 1910).
- TINEL. — *Radiculites et tabès* (Thèse, 1910, Paris).
- TINEL et GASTINEL. — *Un cas de sciatique radiculaire tuberculeuse avec autopsie* (*Rev. Neurologique*, n° 20, 30 octobre 1911).
- TINEL et GASTINEL. — *Les états méningés des tuberculeux* (*Rev. de Médecine*, XXXII, n° 4, 1912).
- TINEL et GOLDENFAN. — *Les lésions radiculaires chez les tuberculeux* (*Soc. Neurologie*, 9 mars 1911).
- TROUSSEAU. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*.
- WIDAL et LE SOURD. — *Soc. Méd. des hôpitaux*, 1902, p. 1046.
- ZAMBACO. — *Affections nerveuses syphilitiques*, 1861.
- ZIZINA (M^{lle}). — *Signe de Bechterew* (Thèse de Montpellier, 1911).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	9
DÉFINITION	13
HISTORIQUE	15
SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE	21
ANATOMIE MÉDICALE	29
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	33
FORMES SENSITIVES	37
OBSERVATIONS	41
FORMES SENSITIVO-MOTRICES	61
RADICULITES LOMBAIRES	99
RADICULITES SACROCOCCYGIENNES	105
TOPOGRAPHIE RADICULAIRE DE LA SENSIBILITÉ	131
TROUBLES RADICULAIRES DE LA MOTILITÉ ET DES RÉFLEXES	137
ETIOLOGIE. RADICULITE SYPHILITIQUE	143
RADICULITE TUBERCULEUSE	149
RADICULITE MÉNINGOCOCCIQUE	159
RADICULITE BLENNORRAGIQUE	163
DIAGNOSTIC	165
PRONOSTIC ET TRAITEMENT	175
CONCLUSIONS	179
BIBLIOGRAPHIE	181

SAINT-AMAND (CHER). — IMPRIMERIE BUSSIÈRE.
